

ひとり親家庭医療費助成申請書

申請者記入欄（太枠の中を記入して下さい。）

令和 年 月 日

南部町長 殿

申請者 住所
氏名 印
電話番号

下記のとおり医療費の助成を申請します。

診 療 月		年					月		助成申請額			円	
受 診 者	対象者番号									—			
	氏 名						生年月日			. .			
助成申請額に対する 他の制度による給付		無 有		内容	1 高額療養費 2 附加給付 3 他の医療費助成制度 3 交通事故等第三者行為による給付 4 その他()								

《注意》 1 国民健康保険以外の保険に加入している方は、高額療養費に該当したときは、当該支給決定通知書又は領収書を添付して下さい。

2 加入医療保険・振込先金融機関に変更がある方は届出をして下さい。

3 記名押印に代えて署名することができます。

医療機関証明欄

(医療機関が発行する領収書(以下の内容が確認できるものに限ります。)を添付するか、枠内を受診した医療機関に記入してもらって下さい。)

受診者氏名					診療年月	年		月			
一部負担金 領収額					円 (他法本人負担金					円含む)	
区 分	1医科	2歯科	3薬剤	4その他 ()	入院時 食事 療養費	入院 日数		日	標準		円
	1入院 2入院外					= 総額					円
保険診療 総点数					点	他法負担 点数					点

上記のとおり相違ありません。

年 月 日
医療機関等 住所地
名 称
代表者

《注意》 1 点数で記入できない場合は、金額で記入して下さい。(この場合は、必ず円と記入して下さい)
2 番号をつけてある欄は、該当の番号を○で囲んでください。

市(町村)記入欄

療養に要した費用額	円…(A)	高額療養費	円…(D)
法定一部負担額 (A)×負担割合	円…(B)	付加給付額	円…(E)
他法負担分	円…(C)	入院食事負担額	円…(F)
支給 不支給 →(理由 1重複請求 2有効期間外)		助成額 (B)-{(C)+(D)+(E)}+(F)	円