いちき串木野市長 様

ひとり親家庭等医療費助成申請書

申請者氏名			(EI)		文	ţ	象	者	
申請者住所		いちき串木野市		氏	名				
受給資格者	証番号			続	柄				
	保険	者 名		生年	月日				
加入保険	記号番号			- 高額医療費					
	被保険者氏名								
	金融機	製名		コー	- F				
振込指定 金融機関	口座	種別		フリン	ガナ				
	口座	番号		口座名	義人				

	彰	療	(調	剤)	報	酬	証	明		
診療月	平成	年	月分	}	患者	氏名				
区 分	医療保険対象総点数					_	一部負担	金受領額	Ą	
入 院				点						円
外来				点						円
										円
うち他法	:制度負担分			点	疾病発	色生原因		第三者·	その他	
保険	きの種類		国保	· 政	管 •	組合	共沒	• 船	員	
上記のと	おり一部負担会	金を受領し	よした。							
							平成	年	月	日
		医療機関	名	称				(II)		
	区分 入院 外来 うち他社 保険	区分 医療 入院 外来 うち他法制度負担分 保険の種類	区 分 医療保険対象 入 院 外 来 うち他法制度負担分 保 険 の 種 類 上記のとおり一部負担金を受領し	区 分 医療保険対象総点数 入 院 外 来 うち他法制度負担分 保 険 の 種 類 国 保 上記のとおり一部負担金を受領しました。	区分 医療保険対象総点数 入院 点 外来 点 うち他法制度負担分 点 保険の種類 国保・政 上記のとおり一部負担金を受領しました。 医療機関等 所在地名 称	区分 医療保険対象総点数 点	区分 医療保険対象総点数 - 入院 点 外来 点 享剤 一部負担金(外来) 方ち他法制度負担分 点 疾病発生原因 保険の種類 国保・政管・組合 上記のとおり一部負担金を受領しました。 医療機関等 所在地名 称	区分 医療保険対象総点数 一部負担 入院 点 外来 点 うち他法制度負担分 点 疾病発生原因 保険の種類 国保・政管・組合・共済 上記のとおり一部負担金を受領しました。 医療機関等 所在地 名 称	区分 医療保険対象総点数 一部負担金受領額 入院 点 外来 点 うち他法制度負担分 点 疾病発生原因 第三者・保険の種類 上記のとおり一部負担金を受領しました。 平成 年 医療機関等 所在地名 名 称	区分 医療保険対象総点数 一部負担金受領額 入院 点 外来 点 事業剤 一部負担金(外来) 方ち他法制度負担分 点 疾病発生原因 第三者・その他保険の種類 保険の種類 国保・政管・組合・共済・船員 上記のとおり一部負担金を受領しました。 平成年月 医療機関等所在地名称

※ 区 分		一部負担金	高額療養費	付加給付		支給決定額	
*	<u> </u>	73	A	В	С		(A-B-C)
処	入	院	円	円	円	円	円
理	外	来	円	円	円	円	円
欄							
11/13	ili E	†	円	円	円	円	円

(注) 申請者は、記名押印に代えて署名することができます。

いちき串木野市長 様

ひとり親家庭等医療費助成申請書(単独分)

申請者氏名			EI)	対 象 者
申請者住所		いちき串木野市		氏 名
受給資格者証番号				続柄
	保険	者名		生年月日
加入保険	記号番号			高額医療費
	被保険	者氏名		
	金融機	製名		コード
振込指定 金融機関	口座	種別		フリガナ
	口座	番号		口座名義人

		影	療	(調	剤)	報	酬	証	明		
	診療月	平成	年	月分	•	患者	氏名				
	区分	医療	寮保険対象総点数				一部負担金受領額				
	入 院				点						円
医	外 来				点						円
療							一部				円
機						負担金	﴿外来)				1.1
関	うち他法				点	疾病発	性原因		第三者	・その	他
	保険	め種類		国保	· 政	管 •	組合	· 共	済 · 舟	沿員	
記	上記のと	おり一部負担金	金を受領し	ました。							
載									年	月	日
欄											
			医療機関		在地						
				名 氏					ET.)	

※ 区 分		\triangle	一部負担金	高額療養費	付加給付		支給決定額
*	<u> </u>	73	A	В	С		(A-B-C)
処	入	院	円	円	円	円	円
理	外	来	円	円	円	円	円
欄							
11/13	ili E	†	円	円	円	円	円

(注) 申請者は、記名押印に代えて署名することができます。