

年 月 日

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	Ⓜ		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	
加入保険	保 険 者 名		生年月日	
	記 号 番 号		高額医療費	
	被保険者氏名			
振込指定 金融機関	金融機関名		コ ー ド	
	口 座 種 別		フリガナ	
	口 座 番 号		口座名義人	-----

医 療 機 関 記 載 欄	診 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	
	入 院	点		円
	外 来	点		円
			薬 剤 一 部 負担金(外来)	円
	うち他法制度負担分	点	疾病発生原因	第三者・その他
	保 険 の 種 類	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 日			
医療機関等		所在地 名 称 氏 名	Ⓜ	

※ 処 理 欄	区 分	一部負担金 A	高額療養費 B	付加給付 C		支給決定額 (A-B-C)
	入 院	円	円	円	円	円
	外 来	円	円	円	円	円
	計	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		Ⓜ		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	
加入保険	保険者名			生年月日	
	記号番号			高額医療費	
	被保険者氏名				
振込指定 金融機関	金融機関名			コード	
	口座種別			フリガナ	
	口座番号			口座名義人	-----

医療機関記載欄	診療(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	
	入院	点		円	
	外来	点		円	
				薬剤一部負担金(外来)	円
	うち他法制度負担分	点		疾病発生原因	第三者・その他
	保険の種類	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。				
	年 月 日				
医療機関等 所在地 名称 氏名					
Ⓜ					

※ 処理欄	区分	一部負担金 A	高額療養費 B	付加給付 C		支給決定額 (A-B-C)
	入院	円	円	円	円	円
	外来	円	円	円	円	円
	計	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。