

申請の際は、黒い太枠の線をすべて記入してください。

※記入してください
令和 年 月 日

垂水市長 殿

ひとり親家庭医療費助成申請書

申請者氏名	父(母)の氏名 印		対象者	
申請者住所	※記入してください		氏名	父(母)又は子(医療費の対象者)
受給資格者証番号	白いカード(受給資格者証)に記載されています。		続柄	本人、子
加入保険	保険の種類	政組日船共国	生年月日	対象者の生年月日
	記号番号	健康保険証に記載されています。		
	被保険者氏名	父(母)の氏名		

医療機関記載欄	<p>【保険の種類】欄 保険の種類について当てはまる箇所に○をしてください。 国・・・国民健康保険 政・・・全国健康保険協会○○支部 船・・・船員保険 共・・・公務員、教職員、警察 組・・・健康保険組合連合会</p>		剤)報酬証明		
	月分	患者氏名			
	枚	一部負担金受領額			
	点		円		
	点		円		
	点	傷病発生原因	第三者・その他		
	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	印		

医療機関の方へ……不要の欄(記入しない欄)は、斜線で消してください。

※市町村記入欄	区分	一部負担金 A	高額療養費 B	附加給付 C	支給決定額 (A-B-C)
	入院	円	円	円	円
	外来	円	円	円	円
	計	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。

※受診の翌月から6ヶ月以内に申請してください。