

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	印		対象者	
申請者住所			氏名	
受給資格者証番号			続柄	
加入保険	保険の種類	政組日船共国	生年月日	年月日
	記号番号		/	
	被保険者氏名			

医療 機 関 記 載 欄	診療(調剤)報酬証明					
	診療月	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		
	うち他法制度負担分		点	傷病発生原因	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				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。