

(ひとり親医療)

ひとり親家庭医療費助成申請書

申請者記入欄

※太線の枠内のみ記入し、押印して下さい。

塩谷町長 様		平成 年 月 日	
受給資格者 (申請者)	住所 氏名 電話	塩谷町大字 () 印	
受給者番号	加入保険	被保険者氏名	
		保険証記号番号	
受診者	氏名	番号	
	生年月日	名称	
振込先	銀行 支店 預金種別 普通・当座 指定口座に振り込みになります。記入は不要です。 (振込先を変更する場合は、変更届を提出して下さい。) (フリガナ) 口座名義 口座番号		
一部負担金2万1千円以上支払った家族の有無			有・無

(注) 高額療養費に該当したときは、当該支給決定通知書又はその写しを添付して下さい。

医療機関記入欄

※太線の枠内のみ記入し、押印して下さい。

保険診療証明書		受診者()	
保険種類	国保・社保・その他	自己負担割合 1・2・3割	特定疾病療養受療証の有無 有・無
診療年月	保険診療合計点数		食事療養費
年 月	入院日数	入院点数	金額
		外来点数	(標準負担額)
			他法負担点数
			備考
計			
平成 年 月 日			
医療機関名 所在地 名称 氏名			印

助成内容	保険診療合計金額	一部負担額	控除額の内訳				医療費助成額
			他法負担額	高額療養費	附加給付額	自己負担控除額	
	円	円	円	円	円	円	円
	食事療養費						
	計						