

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てください。

| | | | | | |
|---|--------------|---------|-------|-----------|---------|
| 年 月 日 | | 茂木町長 様 | | 受給資格者 住 所 | |
| | | | | (申請者) 氏 名 | |
| | | | | 電話番号 | |
| 受給資格者 記号番号 | | 被保険者氏名 | | | |
| 受診者 | フリガナ 氏 名 | 保険証記号番号 | | | |
| | 生年月日 | 年 月 日 | 保険者番号 | | |
| 振込先 ※新規・変更の 方のみ | 銀行名 | 銀行 | 支店 | 預金種別 | 普通 ・ 当座 |
| | フリガナ 口座名義 | | | 口座番号 | |
| 同じ月に同じ保険証の家族(70歳未満)で一部負担金2万1千円以上の自己負担を支払った人 | | | | | 有 ・ 無 |

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

医療機関等記入欄

※二重線の枠内のみ記入・押印してください。点数は右詰で記入し、空欄は斜線を引いてください。

| 保 険 診 療 証 明 書 | | | | | | | | | |
|---------------|-----------|-----------------|--|--------|--------|-----------|-------|----|--|
| 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 | 有・無 | | |
| 診療年月 年 月 | 入院 日数 | 保 険 診 療 合 計 点 数 | | | | 他法負担点数 | 一部負担金 | 備考 | |
| | | 入院点数 | | 外来点数 | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 年 月 日 | | 医療機関等 | | 所在地 | | | | | |
| | | | | 名 称 | | | | | |
| | | | | 氏 名 | | | | | |

| 助成内容 | 保険診療 合計金額 ① | 一 部 負担金 ② | 控除額の内訳 | | | | | 控除額計③ | 医療費助成額 ②-③ |
|------|-------------------|-----------------|------------|------------|------------|-------------|-----|-------|---------------|
| | | | 他 法 負担額 | 高 額 療養費 | 付 加 給付額 | 自己負担 控除額 | その他 | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

<単位は円>