

ひとり親家庭等医療費助成金申請書

年 月 日

苓北町長 様

申請者 住 所 苓北町

氏 名



電話番号

下記のとおり、医療費の助成を申請します。

※ 申 記 入 書 が 欄	申 請 額		加入 医療 保険	被保険者氏名	
	受給資格証番号			保険証記号番号	
				医療保険名	
	受診者	氏 名	同一世帯員で当該月に医療を受けた者の氏名		
		生年月日			

医 療 機 関 等 の 記 入 欄	診療（調剤）報酬証明 ※ 入院食事療養費を除く。				
	診 療 月	平成 年 月分	患者氏名		
	入 院	日 数	診 療 点 数	診療（調剤）報酬一部負担金額	
		日	点	円	
	通 院	日 数	診 療 点 数	調剤（調剤）報酬一部負担金額	
		日	点	円	
	上記の金額を受領しました。				
					年 月 日
	医療機関 所在地		名称		氏 名 (印)
調 剤 点 数		調剤一部負担金受領額			
		円			
上記の金額を受領しました。					
				年 月 日	
調剤薬局 所在地		名称		氏 名 (印)	

町 記 入 欄	給付決定額				
	種別	一部負担金 A	高額療養費 B	附加給付額 C	給付額 (A-B-C) × 2/3
	入院				
	外来				
	調剤				

- 注1 ※印のある欄は、申請者が記入してください。
- 注2 医療機関欄は、受診した翌月の10日以降に病院等に依頼記入してもらってください。
- 注3 申請書提出の際は、必ず受給資格証をご持参ください。
- 注4 市役所への申請は、診療月の翌月より1年以内が期限となります。