



ひとり親家庭等医療費助成申請書

平成 年 月 日

武雄市長 様

申請者 住 所 武雄市

(受給者) 氏 名



次のとおり医療費の給付を受けたいので申請します。

[申請者記入欄]

受給資格証 記号番号		加 入 保 険	被保険者氏名	
患者氏名			保険証記号番号	
生年月日	年 月 日		保 険 名	国保・社保・その他

[医療機関等記入欄]

保 険 診 療 額 (領 収) 証 明				
患者氏名				
診療月	年 月分 (入院がある場合は、入院日数 日)			
	入 院	入 院 外	歯 科	調 剤
保険診療 総 点 数	点	点	点	点
公費負担点数	点	点	点	点
保険診療 一部負担額	円	円	円	円
食事療養費 標準負担額	(日) 円	/		(日) 円
訪問看護 利用料				(日) 円
上記の金額を領収しました。				
年 月 日				
医療機関等所在地 住 所				
氏 名				



- (注) 1 保険診療以外の医療費については、申請できません。
2 1箇月分をまとめて翌月末日までに申請してください。

[市記入欄]

	給 付 決 定 額			
	一部負担額	高額療養費	付加給付	給付額
保険診療	円	円	円	円
食事療養費 標準負担額	(日) 円	/		
訪問看護 利用料	(日) 円			
医療機関コード	銀行コード	口座番号	名 義	