



様式第6号(第7条関係)

ひとり親家庭等医療費助成申請書

年 月 日

武雄市長 様

申請者 住所 武雄市

(受給者) 氏名

(注) 本人が自署(手書き)する場合は押印不要。

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 (印)				

- (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		円	
訪 問 看 護 利 用 料	(日) 円	円	円	
医療機関コード	銀行コード	口座番号	名 義	