

ひとり親家庭医療費助成申請書

申請者記入欄		※二重線の枠内をご記入のうえ押印してください。									
壬生町長様		受給資格者 (申請者)		住所 壬生町		氏名		電話		平成 年 月 日	
受給資格者番号		加入保険		被保険者氏名		保険証記号番号		保険者名称			
受診者	氏名	昭和 平成 年 月 日									
	生年月日										
振込先		☐ 前回と同じ場合は未記入									
		銀行 農協 信用金庫 本・支店									
		フリガナ				預金種別		☐ 普通 ☐ 当座			
		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・附加給付金に該当してときは、当該支給決定通知書又はその写しを添付してください。

医療機関記入欄		※太線の枠内をご記入のうえ押印してください。最大で6か月分まで記入できます。									
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の有無		有 ・ 無	
診療年月		保 険 診 療 合 計 点 数				他 法 負 担 点 数		備 考			
年	月	入院日数	入 院 点 数		外 来 点 数						
平成 年 月 日											
医療機関等 所在地 名称 氏 名											印

助 成 内 容	保険診療 合 計	一部負担金	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	控除額計	
	円	円	円	円	円	円	円	円