

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、押印して下さい。							
那珂川町長様		年 月 日		受給資格者 (申請者)		住所 那珂川町			
				氏名		電話		(印)	
受給資格証 記号番号				加入 保 険		被保険者氏名			
				保 険 者		保 險 証 記 号 番 号			
受診者		氏 名		番 号		名 称			
生年月日		年 月 日		銀 行		支 店		預金種別 普通・当座	
振 込 先		(フリガナ) 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) 高額療養費に該当したときは、当該支給決定通知書又はその写しを添付して下さい。

医療機関記入欄		※太線の枠内のみ記入し、押印して下さい。 点数の欄は右詰で記入し、空欄は斜線で引いてください。								
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			特定疾病療養受領証の有無 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 日	入 院 数	入 院 点 数			外 来 点 数			
計										
年 月 日		医療機関等 所在地 名 称 氏 名								
		(印)								

助 成 内 容	保険診療 合計金額		一 部 負 担 額		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
	計								