

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 受給資格者 (申請者) 住所 那珂川町 氏名 電話											
受給資格証 記号番号		加入 保険		被保険者氏名							
				保険証記号番号							
受診者	氏名			保険者	番号						
	生年月日	年	月		日	名称					
振込先		(フリガナ) 口座名義		銀行	支店	預金種別		普通・当座			
				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										

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	円
	計							