

決裁	所長	次長	係長	係

平成 年 月 日

西之表市長 殿

ひとり親家庭医療費助成申請書

申請者氏名	印			対象者	
申請者住所	西之表市			氏名	
受給資格者証番号				続柄	
加入保険	保険者名				生年月日
	記号番号				高額療養費
	被保険者氏名				
振込指定金融機関	金融機関名				コード
	<input type="checkbox"/> 座種別				フリガナ
	<input type="checkbox"/> 座番号				口座名義人

医療機関記載欄	診療（調剤）報酬証明					
	診療月	年 月分		患者氏名		
	区分	医療保険対象総点数			一部負担金受領額	
	入院	点			円	
	外来	点			円	
	うち他法制度負担分	点			傷病発生原因	第三者・その他
	保険の種類	国保		政管	組合	共済 船員
	上記のとおり一部負担金を受領しました。					
	平成 年 月 日					
医療機関等		所在地				
		名称				
		氏名				
(印)						

処理欄	区分	一部負担金 A	高額療養費 B	附加給付 C	支給決定額 (A - B - C)
	入院	円	円	円	円
	外来	円	円	円	円
	計	円	円	円	円

注 記名押印に代えて署名することができます。