

湧水町長 様

ひとり親家庭等医療費助成申請書

申請者氏名		⑩		対象者	
申請者住所		湧水町		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	
	口座種別			フリガナ	
	口座番号			口座名義人	

医療 機 関 記 載 欄	診療(調剤)報酬証明				
	診療月	令和 年 月分	患者氏名	0	
	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。				
	令和 年 月 日				
	医療機関等 所在地 名称 氏名 ⑩				

※ 処 理 欄	区分	一部負担金 A	高額療養費 B	付加給付 C		支給決定額 (A－B－C)
	入院	円	円	円	円	円
	外来	円	円	円	円	円
	計					円

注 記名押印に代えて署名することができます。