

受付者

○ ひとり親家庭等医療費助成事業医療費助成
費支給申請書

										支給決定額			* 円		
負担者番号		8	5	1	4	0	5	3	1	世帯主組合員 ／被保険者氏名					
受給者番号															
保険の種類		1 国保 2 組合 3 政管 4 日雇 5 船員 6 共済 7 後期				被保険者証 記号番号									
保険者名		符 号								名 称					
対 象 者 氏 名										生年月日		年 月 日			
申 請 の 種 類				1 一 般 2 歯 科 3 薬 剤 4 看 護 5 補装具 6 その他											
入 院 ・ 入 院 外 の 別				1 入 院 2 入 院 外											
診 療 を 受 け た 期 間				年 月 日 から		年 月 日									
医 療 費 総 額										円					
支 給 申 請 額										円					
病 院 等 の 名 称		名 称													
所 在 地		所 在 地													
申 請 理 由 (詳 細 に 記 入)				・ 医療証交付前のため ・ 使用できなかったため		・ 県外で受診したため ・ その他 ()									
支給額は、次の口座にお振込みください。															
振 込 先 金融機関		コード								1 普通		口座番号			
		銀 行 信用金庫 信用組合 労働金庫 農 協 支店										フリガナ			
										2 当座		口座名義人			
上記のとおり、ひとり親家庭等医療費助成事業の医療助成費の支給を申請します。															
										年 月 日					
綾瀬市長 殿															
				住 所											
				氏 名		Ⓜ									
				電 話 ()		—									

- (備考) 1 *欄は記入しないでください。
 2 番号をつけてある欄は、該当の番号を○で囲んでください。
 3 市の国民健康保険以外の保険に加入している方は、保険の療養費支給決定通知書又は領収書を添えて申請してください。
 なお、保険で附加給付のある場合は申し出てください。

請求書

綾瀬市長 殿

住 所

年 月 日

請求者

印

下記の金額を請求いたします。

納入先(課名・学校名) こども未来課	請求番号	合計金額 円也
品名	数量	金額
ひとり親家庭等医療費助成金		円

■ 口座の場合

フリカ、ナ			
口座名義人			
金融機関コード		支店コード	
金融機関名		支店名	
預金種目	普通	口座番号	