

受付者

（親）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

保険証の写しを添付すれば記入不要です。

						支給決定額			* 記入不要		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	8	1	×	×	×	×	×	×					
保険の種類	<input checked="" type="radio"/> 1 国保 5 船員				<input type="radio"/> 2 組合 6 共済		<input type="radio"/> 3 政管 7 後期		<input type="radio"/> 4 日雇		被保険者証 記号番号		
保険者名	符 号								名 称				
対 象 者 氏 名			綾瀬 一郎				生年月日		平成〇〇年〇月〇日				
申 請 の 種 類			<input checked="" type="radio"/> 1 一 般 5 補装具				<input type="radio"/> 2 歯 科 6 その他		<input type="radio"/> 3 薬 剤		<input type="radio"/> 4 看 護		
入 院 ・ 入 院 外 の 別			<input type="radio"/> 1 入 院				<input checked="" type="radio"/> 2 入 院 外						
診 療 を 受 け た 期 間			〇年〇月〇日から 〇年〇月〇日										
医 療 費 総 額			※ この欄はご記入不要です									円	
支 給 申 請 額			※ この欄はご記入不要です									円	
病 院 等 の 名 称			名 称 〇〇クリニック 他										
所 在 地			所在地 〇〇市〇〇町1111番地										
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				<input checked="" type="radio"/> 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	1234567		
	△△	銀行		信用金庫		信用組合		〇〇		フリガナ	アヤセ タロウ		
		農 協		労働金庫		支店			2 当座	口座名義人	綾瀬 太郎		
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。													
申請者名義の口座を記入してください。								令和〇年〇〇月〇〇日					
綾瀬市長 殿													
保護者(保険証の被保険者(綾瀬市の国民健康保険の場合は世帯主、共済の場合は組合員)の氏名を記入してください。)			住 所 綾瀬市早川550番地 氏 名 綾瀬 太郎 (印) 電 話 (0467) ××-××××										

- (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。

(記入例)

記入不要です。請求書

綾瀬市長 殿

住所 綾瀬市早川550番地

年 月 日

申請書に記入した申請者の氏名を記入してください。 → 綾瀬 太郎 印

下記の金額を請求いたします。

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

この欄は記入不要です

記載内容を訂正する場合は、必ず二重線を引き、

■ 口座の場合

フリカ、ナ	アヤセ タロウ		
口座名義人	綾瀬 太郎		
金融機関コード	××××	支店コード	×××
金融機関名	△△銀行	支店名	〇〇支店
預金種目	普通	口座番号	1234567

申請書に記入した口座を記入してください。

