

ひとり親家庭等医療助成費支給申請書

医療証	負担者番号										対象者氏名								
	受給者番号										生年月日	年	月	日					
保険証	保険者番号 (右詰め)										保険者名	〔健康保険組合等の名称〕							
	被保険者氏名									全国健康保険協会 _____ 支部・社会保険事務所・日雇・船員 国保(国上市国保・国保組合)・健康保険組合・共済組合・その他									
	記号										資格取得日	年	月	日	任意継続	<input type="checkbox"/>	コピー貼付	<input type="checkbox"/>	
申請理由	1 都外受診のため 2 入院時医療費負担額請求のため 3 入院時食事療養標準負担額請求のため 4 医療証を提示しないで受診したため 5 その他()																		
振込先 金融機関 口座 (保護者)	右記の手当と同一口座を希望する場合は、 <input type="checkbox"/> にチェックしてください <input type="checkbox"/> 児童手当 <input type="checkbox"/> 児童育成手当 <input type="checkbox"/> 児童扶養手当																		
	上記の振込先以外を指定したいときは以下に記入してください																		
	フリガナ									本店支店出張所	支店番号							種別	普通当座
	口座名義									銀行 信用組 信 農	行 庫 合 協	口座番号 (右詰め)							
上記のとおり、ひとり親家庭等医療費助成制度の医療助成費の支給を申請します。 国立市長 殿 年 月 日 住所 電話番号 氏名 (印)																			

(ご注意) 1 上記の太枠内を記入してください。 2 申請理由の欄は、該当の番号を○で囲んでください。 3 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。 4 保険で付加給付がある場合は申し出てください。

担当者記入欄

支給決定額	円	(都)	円	レセプト 件数	件	入院時食事代 償還払
	円	(市)	円			

診療内容	入院外	診療内容	1 医科 2 歯科 3 調剤 4 看護 5 柔整 6 補装具 7 その他	点数	点	備考
		診療年月日	年 月 日 ~ 年 月 日	レセプト	件	
	入院	診療内容	1 医科 2 歯科 3 調剤 4 看護 5 柔整 6 補装具 7 その他	点数	点	
		診療年月日	年 月 日 ~ 年 月 日	レセプト	件	
入院時食事療養標準負担額			円 × 回 = 円	総点数	点	