

ひとり親家庭等医療費助成申請書

令和 年 月 日

(宛先) 出水市長

申請者 住 所

氏 名
(署名又は記名押印)

電 話 番 号 ()

助成対象者	受給資格者証番号								加入医療保険	被保険者氏名					
	氏 名							記号番号		記号	番号				
	生年月日							年		月	日	保険者名称			

※ 高額療養費に該当するときは、限度額認定証又は高額療養費支給決定通知書の写しを添付してください。

患 者 氏 名										
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

保険医療機関等証明欄	診 療 年 月 日	令和 年 月分 (日～ 日)												
	区 分	医療保険対象総点数					一部負担金又は基本利用料受領額							
	入 院	点					円							
	外 来	点					円							
		点					円							
上記のとおり一部負担金を受領しました。														
令和 年 月 日 所在地 名 称 氏 名														
印														
医療機関番号														

保険医療機関等証明欄	診 療 年 月 日	令和 年 月分 (日～ 日)												
	区 分	医療保険対象総点数					一部負担金又は基本利用料受領額							
	入 院	点					円							
	外 来	点					円							
		点					円							
上記のとおり一部負担金を受領しました。														
令和 年 月 日 所在地 名 称 氏 名														
印														
医療機関番号														

※ 市記入欄

区 分	一部負担金又は基本利用料A	付加給付額その他の控除額B	支給決定額(A-B)C
入 院	円	円	円
外 来	円	円	円
計	円	円	円
高額療養費	課税・非課税	所得区分()	通算回数(回) 世帯合算 有・無