

ひとり親家庭医療費助成申請書

年 月 日

会津坂下町長

申請者住所 会津坂下町

氏 名 印

年 月分のひとり親家庭医療費を、次のとおり申請します。

受給者証 番号	第 号	受診者名	
		生年月日	
被保険者証 記号及び番号	記号	加入保険 の種別	国・協・組・船・日・共
	番号	保険者氏名	
同一受診月分の申請の有無（注2参照）			無・有

医療 機 関 記 入 欄	保険診療	入院	点	薬剤一部負担領収額①	円
	総点数	外来	点	負担金領収額(①を除く)②	円
	食事 提供回数	入院時食事 療養費定額 負担金額	円	入院時食事療養費 定額負担月額③ (提供回数×金額)	円
	入院時食事療養費総額（保険適用分月額）				円
	上記の一部負担額を受領したことを証明する。				
	医療機関 住所 又は薬局 名称				年 月 日 印

一部負担額 (A) ①+②+③	附加給付額 (B)	高額療養給付額 (C)	控除額 (D)	助成決定額 (A-B-C-D)
円	円	円	円	円

注1 太線の枠内は申請者が記入してください。

2 「同一受診月の申請の有無」欄には、この申請書の他に、同一受診月分の申請書(同一世帯どなたのものでも結構です)の提出を行ったことが有か無か、いずれかに丸をつけてください。