

ひとり親家庭等医療費給付申請書

宝達志水町長 様

年 月 日

申請者

住 所 宝達志水町

氏 名 印

電話番号 (-)

振込先 支店

口座番号 普・当

次のとおり給付を受けたいので、医療機関等の領収書を添えて申請します。

| | | | | | | |
|--------------|---|--|--------------------------------------|---|----------------------------------|-----|
| 登録番号 | | | | 年 | 月 | 診療分 |
| 受給者 | 氏名 | | 生年月日 | 年 | 月 | 日生 |
| 保険区分 □内にレ | <input type="checkbox"/> 国民健康保険 (宝達志水町) | | <input type="checkbox"/> 社会保険 (政府管掌) | | <input type="checkbox"/> 共済組合 | |
| | <input type="checkbox"/> 国民健康保険 (組 合) | | <input type="checkbox"/> 健康保険組合 | | <input type="checkbox"/> その他 () | |

※下欄の太枠内は記入しないでください。

| 一部負担金等 の 額 計 A | 控 除 額 の 内 訳 | | | 給付決定額 (A - B) | 備 考 (医療点数) |
|-------------------|-------------|-------|-----|------------------|---------------|
| | 附加給付額 | 条例負担額 | 計 B | | |
| 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 点 |
| | | 1,000 | | | |

ひとり親家庭等医療費領収書

| | | |
|----------------------|-------|-----------|
| 年 月 診 療 分 | 入院 | 日 |
| | 通院 | 日 |
| 患 者 氏 名 | | |
| 健 康 保 険 等 適 用 分 の | 点 数 | 点 |
| | 支 払 額 | 万 千 百 十 円 |

上記金額領収しました。

年 月 日 (医療機関等)

所在地

名 称

氏 名

印