別記第７号様式（第９条関係）

# ひとり親家庭等医療費支給申請書

年　　月　　日

中間市長　様

〒

申請者　住　所

氏　名

電話番号

次のとおり、（一部負担金・療養費）を支払いましたので、中間市ひとり親家庭等医療費の支給に関する条例施行規則第９条第１項の規定により、ひとり親家庭等医療費の支給を申請します。

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ひとり親家庭等医療証の受給者番号 | | | 資格情報（記号・番号） | 記号 | 番号 |
| 受給者氏名 | | | 被保険者・組合員世帯主　氏名 | | |
| 受給者生年月日 | 年　月　日 | 歳 | | | |
| 個人番号 | | | 個人番号 | | |
| 傷病名 | | | | | |
| 療養期間 | 年　月　日から | | 年　月　日まで | | |
| 医療機関等 | 所在地<br>名　称 | | | | |
| 医療費総額 | 円 | | 申請額 | 円 | |
| 申請理由 | １．医療保険各法による療養費が支給された。<br>２．県外の医療機関等で受診した。<br>３．その他（　　） | | | | |

| 総医療費 | 保険者負担額 | 療養費支給額 | その他の負担額 | 備考 |
|---|---|---|---|---|
| | 負担割合　割 | 割　円 | 患者負担金 | |
| | | | （　　） | |
| 円 | 円 | 計<br>円 | 計<br>円 | |

| 支払方法 | 振込先 | 銀行　支店 | | | | 名義人 | フリガナ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| １．窓口払<br>２．口座振替 | | 金融機関コード | | 店番号 | | | |
| | | 当・普 | 口座番号 | | | | |