

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		被保険者証等の記号・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	所在地 名称			入院 外来 その他
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。 2. 県外の医療機関で受診した。 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 円	計 円	

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