

ひとり親家庭医療費助成申請書

記入例

令和元年7月1日

相馬市長

申請者住所 相馬市中村字北町63番地の3

氏名 相馬 花子

印

電話番号 37-1111

令和元年6月分のひとり親家庭医療費の助成金の交付を申請します。

受給資格者証番号	第1—600号	受診者名	相馬 太郎
		生年月日	平成26年5月10日
被保険者証記号番号	記号 3*****	加入保険の種類	国(政)組・船・国組・共・日
	番号 5**	被保険者氏名	相馬 花子

医療機関記入欄	保険診療点数		入院点		薬剤一部負担金①		円							
			通院点		負担金領収額(①を除く)②		円							
	食事提供日数	日	標準負担日額	円	標準負担月額 (日数×日額)③		円							
	医療機関で証明を受けてください。					③)	円							
令和 年 月分の一部負担金を受領したことを証明する。														
令和 年 月 日														
医療機関				所在地										
又は薬局														
				氏名										
				印										

一部負担金	付加給付額	高額療養費給付額	自己負担額
円	円	円	円
同一診療月分の申請の有無		有 ・ 無	