

# ひとり親家庭医療費助成金申請 (請求) 書

平成 年 月 日

高鍋町長 殿

住所 高鍋町大字

申請者

氏名 ㊟

平成 年 月分 医療費の給付を受けたく申請 (請求) します。

申請 (請求) 額				
受給資格者証 記号番号		加入 保 険	被保険者氏名	
受診者	氏名		保険証記号番号	
	生年月日		保 険 名	
口座振替 金融機関・支店名		口座名義 (保護者名義)		口座 番号

- (注) 1. 申請 (請求) 額は、医療機関等に一部負担金 (給食費、差額ベッド、電気器具使用料付き添い看護料等を除く) として支払った額を記入してください。
2. 給付決定額は、申請 (請求) 額から控除額 (付加給付、高額療養費等) を差し引いた額となります。

この欄は、 医療機関においてご記入願います。 (保険対象外の経費は、控除してください)	平成 年 月分診療 (調剤) 報酬 (1. 入院 2. 外来 3. 歯科)	
	総 点 数	左記の金額を受領いたしました。 平成 年 月 日
	点	
	診療報酬一部 負担金受領額	医療機関等の所在地 名 称 氏 名 <span style="float: right;">㊟</span>
	円	
	総 点 数	左記の金額を受領いたしました。 平成 年 月 日
	点	
	調剤報酬一部 負担金受領額	医療機関等の所在地 名 称 氏 名 <span style="float: right;">㊟</span>
円		