

ひとり親家庭等医療費助成申請書

年 月 日

基山町長 様

申請者（受給者）住 所

氏 名 印

電話番号

下記のとおり医療費の助成を受けたく申請します。

〔申請者記入欄〕

|                          |  |              |  |               |  |       |
|--------------------------|--|--------------|--|---------------|--|-------|
| 受給資格証<br>記 号 番 号         |  | 患 者 の<br>続 柄 |  | 患 者 の<br>生年月日 |  | 年 月 日 |
| 患者の個人番号                  |  |              |  |               |  |       |
| 加入保険について記入してください。        |  |              |  |               |  |       |
| 被 保 険 者 氏 名              |  |              |  | 保 険 者 番 号     |  |       |
| 被 保 険 者 等<br>保 険 記 号 番 号 |  |              |  | 保 険 名         |  |       |

〔医療機関等記入欄〕

| 保 険 診 療 額 （ 領 収 ） 証 明                              |                        |       |     |     |
|----------------------------------------------------|------------------------|-------|-----|-----|
| 患 者 氏 名                                            |                        |       |     |     |
| 診 療 月                                              | 年 月 分（入院がある場合は、入院日数 日） |       |     |     |
| 区 分                                                | 入 院                    | 入 院 外 | 歯 科 | 調 剤 |
| 保険診療総点数                                            | 点                      | 点     | 点   | 点   |
| 公 費 負 担 点 数                                        | 点                      | 点     | 点   | 点   |
| 保 険 診 療<br>一 部 負 担 額                               | 円                      | 円     | 円   | 円   |
| 訪問看護利用料                                            |                        | 円     |     |     |
| 上記の金額を領収しました。<br>年 月 日<br>名 称<br>医療機関等所在地<br>氏 名 印 |                        |       |     |     |

〔町記入欄〕

| 区 分           | 一 負 担 部 額 | 高 療 養 額 費 | 付 給 付 加 額 | 助 対 象 成 額 | 自 負 担 已 額 | 助 決 定 成 額 |
|---------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 保険診療          | 円         | 円         | 円         | 円         | 円         | 円         |
| 訪問看護<br>利 用 料 | 円         | 円         | 円         | 円         | 円         |           |