

ひとり親家庭医療費助成申請書

申請者記入欄		※太線の枠内のみ記入し、押印してください。							
芳賀町長 様		年 月 日							
		受給資格者 住所 (申請者)				氏 名 電 話			
受給資格証 記号番号		加入 保険	被保険者氏名						
			保険証記号番号						
受診者	氏 名		保 険 者	番 号					
	生年月日	名 称							
振 込 先		*振込口座を変更する場合は、必ず記入してください。							
		金融機関名 _____		店名 _____		預金種別 普通・当座			
		(フリガナ)							
		口座名義		口座番号					
一部負担金2万1千円以上支払った家族の有無							有・無		

(注)高額療養費に該当したときは、当該支給決定通知書又はその写しを添付してください。

医療機関記入欄		※太線の枠内のみ記入し、押印してください。 点数の欄は右詰で記入し、空欄は斜線を引いてください。							
保 険 診 療 証 明 書									
保険種類	国保・社保・その他	自己負担割合1・2・3割	特定疾病療養受療証の有無						
		有・無							
診療年月		保険診療合計点数			食事療養費		他法負担点数		備 考
年	月	入 院 日 数	入院点数	外来点数	日 数	金 額 (標準負担額)			
年 月 日		医療機関等所在地 名 称 氏 名 ㊟							

助成 内容	保険診療 合計金額	一 部 負担金	控 除 額 の 内 訳				食 事 療 養 費	医 療 費 助 成 額
			他 法 負 担 額	高 額 療 養 費	附 加 給 付 額	自 己 負 担 控 除 額		
	円	円	円	円	円	円	円	円
計								

証明料	円	領収しました。
医療機関名		㊟