

鹿児島県知名町長 殿

ひとり親家庭等医療費助成金支給申請書

申請者氏名	(受給資格者を記入ください) 印	(患者氏名と同一) 対 象 者	
申請者住所	知名町大字	氏 名	
受給資格者番号	0 0 0 0	続 柄	本人・子・その他 ()
加 入 保 険	保険者名	生年月日	昭・平 年 月 日生
	記号・番号		
	被保険者氏名 同上 その他 ()		

(ここまでは申請者本人が記入してください。)

医 療 機 関 等 記 載 欄	診 療 (調 剤) 報 酬 証 明			
	診 療 月	令 和 年 月 分	患 者 氏 名	
	区 分		一 部 負 担 金 受 領 額	
	入 院	点		円
	外 来	点		円
	うち他法制度負担分	点	傷 病 発 生 原 因	第三者・その他
	保険の種類	国保・政管・組合・共済・船員		
上記のとおり一部負担金を受領しました。		平成 年 月 日		
医療機関等	所在地		印	
	名 称			
	氏 名			

(上記太枠欄はお手数ですが、医療機関等が記入していただきますようお願いいたします。)

※ 処 理 欄	区 分	一部負担金 A	高額療養費 B	付加給付 C		支給額決定額 (A-B-C)
	入 院	円	円	円	円	円
	外 来	円	円	円	円	円
	計	円	円	円	円	円

◎ 振込指定金融機関の名称等は、振込先変更のときに記入して下さい。

振込指定金融機関の名称及び本支店名 () 本店・支店
口座種類 普通口座 番号 () 口座名義人 ()

- 注意
- 1 助成金の支給申請は、診療を受けた月の翌月から起算して6ヶ月以内に行ってください。
 - 2 申請者は、記名押印に代えて署名することができます。

医療機関へのお願い

- この支給申請書は、ひとり親家庭医療費助成のため必要なものですので、ご協力をお願いします。
- 一部負担負担受領額欄は、差額ベッド代や食費等保険診療対象外の受領額は除いてください。