

知名町長 殿

申請者氏名		(受給資格者を記入ください)		印	
申請者住所					
受給資格者番号					
加 入 保 険	保険者名				
	記号・番号				
	被保険者氏名		同上・その他()		

(患者氏名と同一)					
対 象 者					
氏 名					
続 柄		本人・子・その他 ()			
生年月日		昭・平・令 年 月 日生			

医療機関等記載欄	診 療 （ 調 剤 ） 報 酬 証 明			
	診 療 月	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。			年 月 日
医療機関等	所在地			
	名 称			
	氏 名		印	

※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 ()

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。