

親 ひとり親家庭等医療助成費支給申請書

受付

医療証	負担者番号							支給決定額																																			
	受給者番号								円																																		
健康保険証	被保険者証記号・番号							被保険者氏名																																			
	診療対象者氏名 (生年月日)	(年 月 日)						資格取得年月日			年 月 日																																
	保険者名称							保険者番号																																			
診療報酬明細書	診療期間	区分	病院等の名称 (医療機関コード)	領収書枚数	申請の種類		医療費の内訳																																				
							医療費総額	総保険点数(日数)	申請額																																		
	自 . . . 至 . . .	外来入院		枚	1 一般 2 歯科 3 薬剤 4 看護	5 移送 6 補装具 7 その他	円	点 (日)	円																																		
	自 . . . 至 . . .	外来入院		枚	1 一般 2 歯科 3 薬剤 4 看護	5 移送 6 補装具 7 その他	円	点 (日)	円																																		
	自 . . . 至 . . .	外来入院		枚	1 一般 2 歯科 3 薬剤 4 看護	5 移送 6 補装具 7 その他	円	点 (日)	円																																		
申請の理由	1 医療証発行前の受診 3 医療証を取扱っていなかった						2 都外受診 4 その他()																																				
振込先金融機関	銀行 信用金庫 信用組合 支店 (店番)						種別	口座番号																																			
							1 普通 2 当座	口座名義人(カナシメイ)																																			
上記のとおり、医療助成費の支給を申請します。																																											
年 月 日																																											
台東区長 殿																																											
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">申請者</td> <td>住所</td> <td colspan="9">.....</td> </tr> <tr> <td></td> <td>氏名</td> <td colspan="9" style="text-align: right;">(印)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>連絡先</td> <td>電話番号</td> <td colspan="8">.....</td> </tr> </table>											申請者	住所										氏名	(印)										連絡先	電話番号							
申請者	住所																																									
	氏名	(印)																																									
	連絡先	電話番号																																								

※ 太枠の中を記入してください
該当事項を○で囲んでください

捨印

備考欄