

伊佐市長 殿

ひとり親家庭医療費助成申請書

申請者氏名	伊佐 花子 ㊞		対象者	
申請者住所	伊佐市大口里 1 8 8 8 番地		氏名	伊佐 花子 (医療機関等を受診した人)
受給資格者証番号	〇〇〇〇 (※ ひとり親受給者証の番号)		続柄	本人(申請者との続柄)
加入保険	保険者名	全国健康保険協会 鹿児島支部 など	生年月日	〇〇年〇〇月〇〇日
	記号番号	〇〇〇〇・〇〇〇〇	高額療養費	
	被保険者氏名	健康保険証に記載されている 被保険者名 又は 世帯主名		

※領収書の原本を添付すると医療機関の証明は不要です。

医療機関等記載欄	診療（調剤）報酬証明				
	診療月	平成・令和 〇〇 年 〇〇 月分		患者氏名	伊佐 花子
	区分	医療保険対象総点数		一部負担金受領額	
	入院	点		円	
	外来	〇〇〇 点		〇〇〇〇 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。			
令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日					
領収書がない場合は医療機関の証明が必要です。					
医療機関等 所在地 伊佐市大口里〇〇〇〇番地					
名称 伊佐病院					
氏名 代表者 〇〇 〇〇 ㊞					

※処理欄	区分	一部負担金	高額療養費	附加給付	支給決定額 (B－C)
	入院		申請書は ○医療機関ごと（病院と薬局はそれぞれ必要） ○対象者ごと に申請書は各 1 枚必要 ※診療月は、複数月まとめて申請できます。 申請できる期間 ○診療月の翌日から 6 か月以内		円
	外来				円
計				円	