

伊佐市長 殿

ひとり親家庭医療費助成申請書

申請者氏名	⑩		対象者	
申請者住所			氏名	
受給資格者証番号			続柄	
加入保険	保険者名		生年月日	
	記号番号		高額療養費	
	被保険者氏名			

医療機関等記載欄	診療（調剤）報酬証明				
	診療月	平成・令和	年	月分	患者氏名
	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	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。				
	令和 年 月 日				
	医療機関等 所在地 名称 氏名 ⑩				

※処理欄	区分	一部負担金 A	高額療養費 B	附加給付 C	支給決定額 (A - B - C)
	入院	円	円	円	円
	外来	円	円	円	円
	計	円	円	円	円