

記載例

様式第8号(第7条関係)

窓口に提出する日を記入

令和〇〇年〇〇月〇〇日

伊佐市長 殿

ひとり親家庭医療費助成申請書

領収書を添付する場合は、この欄のみの記載

申請者氏名	伊佐 花子		対象者	
申請者住所	伊佐市大口里1888番地		氏名	伊佐 花子
受給資格者証番号	〇〇〇〇		続柄	本人
加入保険	保険者名	〇〇〇〇〇〇	生年月日	平成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	伊佐 花子		

医療機関等記載欄	診療(調剤)報酬証明			
	診療月	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			
	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 印			

領収書がある場合は、証明は不要です。領収書を紛失している場合等は、医療機関・薬局等からの証明の記載があれば申請できます。

処理欄			附加給付 C	支給決定額 (A-B-C)
			円	円
	外来	円	円	円
	計		円	円

窓口で本人確認します

本人・配偶者・代理人(氏名 続柄)

免許証・保険証・個人番号カード・その他()で確認済