

伊佐市長 殿

ひとり親家庭医療費助成申請書

申請者氏名				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			年 月 日
	被保険者氏名			高額療養費

医療機関等記載欄	診療（調剤）報酬証明			
	診療月	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

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