第6号様式(第20条関係)

親　ひとり親家庭等医療助成費支給申請書

㊞

捨印

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療証 | 負担者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 支給決定額 | 円 | 　　※　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。 |
| 受給者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 加入保険の状況 | 被保険者等記号・番号 | (枝番) | 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 |
| 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　　　　　　　　　　2　都外受診　3　医療証を取り扱っていなかった　　　　　4　その他(　　　　　　　　　　　) |
| 振込先金融機関 | 銀行信用金庫信用組合 | 支店(店番号　　　) | 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 |
| 　申請者 | 住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　電話番号　 　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　 |