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 | | | | | | | | | | | | | | | | | |