

親ひとり親家庭等医療助成費支給申請書

医療証	負担者番号							支給決定額			
	受給者番号								円		
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			
	自 . .	外来 入院		枚	1 一般	5 移送	円	点 (日)	円		
	至 . .				2 歯科	6 補装具					
	自 . .	外来 入院		枚	3 薬剤	7 その他	円	点 (日)	円		
	至 . .				4 看護						
自 . .	外来 入院		枚	1 一般	5 移送	円	点 (日)	円			
至 . .				2 歯科	6 補装具						
自 . .	外来 入院		枚	3 薬剤	7 その他	円	点 (日)	円			
至 . .				4 看護							
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 (店番号) 支店						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											
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">申請者</div> <div>住所.....</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div>氏名.....</div> <div style="text-align: right;">(印)</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div>電話番号.....</div> <div></div> </div>											

※ 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。

捨印

(印)