

親 ひとり親家庭等医療助成費支給申請書

受付

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|---------------------|-------|------------------------------|------------------------|--------------|---------------|-------|--|-----|----|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|------|-------|--|--|--|--|--|--|--|
| 医療証 | 負担者番号 | | | | | | | 支給決定額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 受給者番号 | | | | | | | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 健康保険証 | 被保険者証記号・番号 | | | | | | | 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 . . . 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 | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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) | | | | | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">申請者</td> <td>住所</td> <td colspan="9">.....</td> </tr> <tr> <td></td> <td>氏名</td> <td colspan="9" style="text-align: right;">(印)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>連絡先</td> <td>電話番号</td> <td colspan="8">.....</td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | 申請者 | 住所 | | | | | | | | | | | 氏名 | (印) | | | | | | | | | | 連絡先 | 電話番号 | | | | | | | | |
| 申請者 | 住所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | (印) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※ 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

備考欄