

ひとり親家庭医療費助成金申請(請求)書

年 月 日

綾 町 長 様

住所 綾町大字

申請者 氏名 ㊞

電話

年 月分の医療費の給付を申請します。

受診者	受給資格者証記号番号			加入保険	被保険者氏名		
	氏 名				記号番号		
	生年月日	年	月		日	保険者名	
振込先	金融機関名		支店名		口座番号 口座名義		

注) 給付決定額は、申請(請求)額から控除額(足切額、高額療養費等)を差引いた額となります。

この欄は、医療機関及び調剤薬局で記入してください。 ※領収書を添付できる場合は記入不要です。 ※保険対象外の経費は控除してください。 ※入院時の食事代にかかる標準負担額も控除してください。	年 月分 診療(調剤)報酬 (1. 入院 2. 外来 3. 歯科)		
	診療実日数	総 得 点	一部負担金受領額(保険外費用を除く)
	日	点	円
	上記の金額を受領しました。 年 月 日 所在地 <u>医療機関の</u> 名 称 氏 名 ㊞		
	調剤実日数	総 得 点	一部負担金受領額(保険外費用を除く)
	日	点	円
	上記の金額を受領しました。 年 月 日 所在地 <u>調剤・薬局の</u> 名 称 氏 名 ㊞		

* 上記に証明のない場合は、領収書の添付をお願いします。(レシート不可)