

鹿児島県大崎町長 殿

ひとり親家庭等医療費助成金支給申請書

申請者氏名	(受給資格者を記入ください)		(患者氏名と同一) 対 象 者	
申請者住所			氏 名	
受給資格者番号			続 柄	本人・子・その他()
加 入 保 険	保険者名		生年月日	昭・平・令 年 月 日生
	記号・番号			
	被保険者氏名	同上・その他()		

(ここまでは申請者本人が記入してください。)

診 療 (調 剤) 報 酬 証 明				
医 療 機 関 等 記 載 欄	診 療 月	令和 年 月 分	患者氏名	
	区 分		一 部 負 担 金 受 領 額	
	入 院	点		円
	外 来	点		円
	うち他法制度負担分	点	傷 病 発 生 原 因	第三者・その他
	保険の種類	国保・政管・組合・共済・船員		
	上記のとおり一部負担金を受領しました。 令和 年 月 日			
	医療機関等	所在地	名称	氏名

(印)

(上記太枠欄はお手数ですが、医療機関等が記入していただきますようお願いいたします。)

※ 処 理 欄	区 分	一部負担金 A	高額療養費 B	付加給付 C	支給額決定額 (A-B-C)
	入 院	円	円	円	円
	外 来	円	円	円	円
	計	円	円	円	円

注意 1 助成金の支給申請は、診療を受けた月の翌月から起算して6ヶ月以内に行ってください。

2 申請者は、記名押印に代えて署名することができます。

医療機関へのお願い

○この支給申請書は、ひとり親家庭医療費助成のため必要なものですので、ご協力をお願いします。

○一部負担金受領額欄は、差額ベッド代や食費等保険診療対象外の受領額は除いてください。