

ひとり親家庭等医療費助成申請書

年 月 日

江北町長 様

申請者 住所 江北町大字
(受給者) 氏名
電話 ()

次のとおり医療費の給付を受けたいので申請します。

[申請者記入欄]

受給資格証 記 号 番 号		加 入 保 険	記 号 ・ 番 号	-
氏 名			被保険者氏名	
生 年 月 日	年 月 日		保 険 者 番 号	
			保 険 種 別	国保 ・ 社保 ・ その他

注意事項 ※ この申請書は、医療機関ごと（入院、外来、歯科、調剤は別）、月ごとに1枚必要です。
※ 医療費を支払った月の翌月から1年以内に申請してください。

[医療機関等記入欄]

保 険 診 療 額 （ 領 収 ） 証 明				
患 者 氏 名				
診 療 月	年	月分（入院がある場合は、入院日数 日）		
診 療 区 分	入 院	入院外	歯 科	調 剤
保 険 診 療 総 点 数	点	点	点	点
他法公費負担点数	点	点	点	点
保 険 診 療 一 部 負 担 額	円	円	円	円
訪 問 看 護 利 用 料		円		
上記の金額を受領しました。 年 月 日 医療機関等 所在地 名 称 代表者 (印)				

[町記入欄]

	給 付 決 定 欄				
	総医療費	一部負担金	高額・付加・公費	自己負担額	支 給 決 定 額
保 険 診 療	円	円	円	円	円
訪 問 看 護 利 用 料	円	円	円	円	