

ひとり親家庭等医療費助成申請書

令和 6 年 4 月 1 日

江北町長 様

申請者 住所 江北町大字山口1651番地1
(受給者) 氏名 江北 花子
電話番号 0952 (86) 5614

本人自署による署名の場合、押印不要です。

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	9999999	加 入 保 険	記号・番号	9999999 - 999
氏 名	江北 花子		被保険者氏名	江北 花子
生年月日	平成2 年 2 月 2 日		保険者番号	99999999
			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、外来診療）1枚ずつ提出が必要です。
※ 医療費を支払った月の翌月から1年以内

受診者ごと、医療機関ごと、診療月ごとに
1枚ずつ記入してください。

[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]

医療機関の証明がある場合は、領収書の添付は不要です。

	定 欄			
	・公費	自己負担額	支給決定額	
保 険 診 療	円	円	円	円
訪 問 看 護 利 用 料	円	円	円	