

ひとり親家庭等医療費助成額支払申請書

令和 年 月 日

薩摩川内市長 様

住 所 薩摩川内市

申請者

氏 名

㊟

次のとおり、ひとり親家庭等医療費の助成を申請します。

受給資格者証番号			加入社会保険等	記号・番号	
対象者	氏 名			被保険者氏名	
	生 年 月 日	S H R 年 月 日			
ふ り が な 保 護 者 氏 名				保 険 者 名 称	

保 険 医 療 機 関 等 の 証 明

診 療 年 月	年 月	受診者 氏 名		保険の 種 類	1 国保 2 協会 3 組合 4 共済 5 船員	
診 療 内 訳		保 険 診 療 対 象 総 点 数		傷病発生 原因の別	1 第3者行 為による	2 その他
		総 点 数	うち他法制度 による負担分		自己負担額又は基本利用料	
入 院		点	点		円	
入 院 外		点	点	回	円	
訪 問 看 護 療 養 費		円	円		円	
調 剤		点	点	回	円	
証 明 手 数 料	有(円) ・ 無					

保険医療機関コード

令和 年 月 日

上記のとおり、一部負担金を受領しました。

保険医療機関等

所在地

名 称

氏 名

㊟