

ひとり親家庭医療費助成金支給申請書

年 月 日

中津市長あて

申請者 住所 中津市

氏名

印

年 月分 医療費助成金の支給を申請（請求）します。

申請（請求）額		加 入 保 険		
申請者記載欄	受給資格証 記号番号	被保険者氏名		
	氏名	保険証記号番号		
	生年月日	S・H・R	・	生
		健康保険名	組・共・協・国・国組・後高	

※記入まちがいの場合は訂正印を押印して下さい。

診 療 （ 調 剤 ） 報 酬 証 明					
医 療 機 関 等 記 載 欄	診 療 月	年 月 分	患 者 氏 名		
	区 分	外来・入院日数	診 療 報 酬 額	保 険 内 自 己 負 担 金 受 領 額	
	外 来	日	点 (円)	円	
	入 院	日	点 (円)	円	
保険診療の内訳（外来のみ）			上記のとおり一部負担金を受領しました。		
	診療報酬額	保険内自己負担額	年 月 日		
1日目	点(円)	円	医 療 機 関		
2日目	点(円)	円	所 在 地		
3日目	点(円)	円	名 称		
4日目	点(円)	円	氏 名		
印					
※外来5日目以降の内訳は記入不要です。					
診 療 月	年 月 分	患 者 氏 名			
診 療 報 酬 額		保 険 内 自 己 負 担 金 受 領 額			
点 (円)		円			
上記のとおり一部負担金を受領しました。			年 月 日		
			調 剤 薬 局		
			所 在 地		
			名 称		
			氏 名		
印					
特 記 療 養					
※該当があれば○をして下さい。		・ 特定疾病 ・ 自立支援医療 ・ その他の療養費			

市 記 載 欄	保険一部自己負担金	受給者 自己負担額	給 付 額	階 層	給付決定額	
	外 来	円	円	円	ア イ ウ エ オ	計
	入 院	円	円	円		