

ひとり親家庭医療費支給申請書

高石市長殿

申請者

令和 年 月 日

住所 高石市 丁目 番 号

氏名 _____ (印)

受給者との続柄 _____ TEL _____

下記のとおり医療費の支給を申請します。

なお、下記のとおり口座振替によって支払ってください。

受給者	住所	高石市 丁目 番 号					
	氏名	カタカナ	生年月日	受給者番号			
医療保険	保険者名			保険者番号			
	記号番号			被保険者名			
口座振替	振込先	銀行	普 当 貯	口座番号	口座名義 (カタカナ)		
		支店					
申請理由	1医療証発行前の受診 2他府県での受診 3標準負担額 4補装具 5 その他()					医療費支給申請額	円

《領収書》

診療期間	年 月 日から 年 月 日まで	医療区分	外来・入院 医科・歯科・調剤・その他	診療(入院) 実日数	日
保険診療点数	点	医療費 総額	円	医療費 一部負担金	円
食事療養日数	日	食事療養 総額	円	標準 負担額	円
薬剤支給	内服薬	30円× 日分= 円 60円× 日分= 円 100円× 日分= 円	外用薬	30円× 日分= 円 60円× 日分= 円 100円× 日分= 円	円
	頓服薬	10円× 回= 円		薬剤費 一部負担金	
年 月 日 上記のとおり領収しました。				一部負担金合計 (標準負担額含)	円
医療機関等		住所 名称 氏名	(印)		

※ 上の領収書は、医療機関等において記入してもらって下さい。

備考	児童・親	外入	支給 決定額	円
----	------	----	-----------	---