

※市交付 年 月 日

年 月 日

ひとり親家庭医療費助成申請書

申請者氏名			⑩		対象者	
申請者住所	霧島市		氏名			
受給資格者証番号			続柄		本人・子・その他（ ）	
連絡先	(Tel) — —		生年月日		S・H・R 年 月 日	
加入保険	保険者名	・霧島市 ・全国健康保険協会（ ）支部 ・（ ）健康保険組合 ・その他（ ）				
	記号番号	霧国番号（ ） / 記号（ ）番号（ ）				
	被保険者氏名					

医療 機 関 等 記 載 欄	診療（調剤）報酬証明															
	診療月	年 月 分			患者氏名											
	区分	医療保険対象総点数						一部負担金受領額								
	入院							点								円
	外来							点								円
	うち他法制度負担分							点	傷病発生原因				第三者・その他			
	保険の種類		国保・協会・組合・共済・船員・その他													
	備考	(内 訳)														
	月	入	点	円	月	入	点	円	月	入	点	円	月	入	点	円
		外	点	円		外	点	円		外	点	円		外	点	円
	月	入	点	円	月	入	点	円	月	入	点	円	月	入	点	円
		外	点	円		外	点	円		外	点	円		外	点	円
	年 月 日															
医療機関等の所在地・名称																
⑩																

※ 処 理 欄	区分	一部負担金 (A)	高額療養費 (B)	附加給付 (C)	他法制度による負担額 (D)	支給決定額 (A—B—C—D)
	入院					
	外来					
	計					

- この申請書を提出される時は、受給資格者証をお持ちください。
- 申請書は、記名押印に代えて署名することができます。
- 領収書等は、対象者ごとにまとめて添付してください。
- 受診の翌月から6ヶ月以内に申請をしてください。