

① ひとり親家庭等医療助成費支給申請書

受付印

保険点数	点
総費用額	円
保険者負担額	円
他法及び付加給付額(△)	円
高額療養費(△)	円
差引額	円
一部負担金相当額 [定率200未満・200以上] [定額] (△)	円
件数	
薬剤負担額	円
支給額	円

フリガナ 診療を受けた 対象者氏名									負担者番号	8	1	1	3						
生年月日	年 月 日			受給者番号															
申請の種類	1 一般(医科歯科調剤)		2 補装具		3 その他( )														
入院・外来の別	1 入院		2 外来																
診療を受けた期間	年 月 日			～	年 月 日			計 日											
病院等の名称 所在地	名称				所在地														
					他 件														
申請理由	1 医療証未提示		2 補装具		3 都外受診		4 その他( )												
支給申請額	円																		
加入医療保険	保険の種類	国保・組国・組合・協会・法第126条・船員・共済(除公務員)・公務員共済・後期																	
	被保険者氏名 世帯主・組合員											対象者との 続柄	本人・母・父・その他						
	被保険者証 記号番号	記号				番号				負担割合	割								
												付加給付の有無	有・無						
	保険者名																保険者番号		
<p>上記のとおり、ひとり親家庭等医療助成費の支給を申請します。                  なお、支給額決定後は下記の口座に振込んでください。</p> <p>渋谷区長殿</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>申請者 住所 _____</p> <p>氏名 _____</p> <p>電話 ( ) _____</p>																			
振込先 金融機関	銀行 信用金庫 信用組合				支店				普通 当座	口座番号									
									口座名義人 (カナ氏名)										

※ 太線内を記入してください。  
 ※ 申請書・領収書(レシート不可)の2点を提出してください。