

記入例

㊦ ひとり親家庭等医療助成費支給申請書

支給決定額	* 円
-------	-----

負担者番号	8	8	1	3	8	5	4	0	世帯主組合員	檜原 花子	
受給者番号	4	0	0	0	0	0	0	0	被保険者氏名	檜原 花子	
保険の種類	① 国保 ② 組合 ③ 協会			被保険者証			54-00				
	④ 日雇 ⑤ 船員 ⑥ 共済			記号番号			0000 (枝番)				
保険者名	番号	138545						名称	檜原村		
対象者氏名	檜原 花子						生年月日	令和〇〇年〇月〇〇日			
申請の種類	① 一般 ② 歯科 ③ 薬剤 ④ 看護 ⑤ 移送 ⑥ 補装具 ⑦ その他										
入院・入院外の別	① 入院 ② 入院外										
診療等を受けた期間	令和〇〇年〇〇月〇〇日 から 令和〇〇年〇〇月〇〇日										
医療費総額							10,000円	自己負担分			
	(うち標準負担額相当額						3,000円)				
支給申請額	3,000円										
病院などの名前	名前 檜原診療所										
所在地	所在地 東京都西多摩郡檜原村2717										
申請の理由 (詳しく書いてください)	① 医療証発行前の受診のため ② 医療証を持参しなかったため ③ 都外又は当制度の対象外の医療機関のため ④ 補装具等の購入のため ⑤ その他 ()										
支給額は、下記の口座にお振込みください。											
振込先 金融機関	檜原 銀行 檜原支 店						1 普通	口座番号 00000000			
							2 当座	口座名義 檜原 花子			
<p>上記のとおり、乳幼児医療費助成制度の医療助成費の支給を申請します。</p> <p style="text-align: right;">令和〇〇年〇〇月〇〇日</p> <p>檜原村長 殿</p> <p style="text-align: right;">住所 東京都西多摩郡檜原村2717 氏名 檜原 花子</p>											

- (注意)
- 1 *印欄は記入しないでください。
 - 2 番号をつけてある欄は、該当の番号を○で囲んでください。
 - 3 市町村の国民健康保険以外の保険に加入している方は、保険の療養費支給決定通知書又は領収書を添えて申請してください。
なお、保険で付加給付のある場合は申し出てください。

