

鹿児島県天城町長 殿

ひとり親家庭等医療費助成金支給申請書

申請者氏名		(受給資格者を記入ください)		(患者氏名と同一)	
申請者住所				対 象 者	
受給資格者番号				氏 名	
加 入 保 険	保険者名			続 柄	本人・子・その他 ()
	記号・番号			生年月日	昭・平・令 年 月 日生
	被保険者氏名	同上・その他 ()			

(ここまでは申請者本人が記入してください。)

医 療 機 関 等 記 載 欄	診 療 (調 剤) 報 酬 証 明					
	診 療 月	令 和 年 月 分		患 者 氏 名		
	区 分			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 ・ 政 管 ・ 組 合 ・ 共 済 ・ 船 員				
	上記のとおり一部負担金を受領しました。				令 和 年 月 日	
	医療機関等		所在地			
			名 称			
		氏 名		(印)		

(上記太枠欄はお手数ですが、医療機関等が記入していただきますようお願いいたします。)

※ 処 理 欄	区 分	一部負担金 A	高額療養費 B	付加給付 C	支給額決定額 (A-B-C)	
	入 院	円	円	円	円	円
	外 来	円	円	円	円	円
	計	円	円	円	円	円

- 注意 1 助成金の支給申請は、診療を受けた月の翌月から起算して6ヶ月以内に行ってください。
 2 申請者は、記名押印に代えて署名することができます。

医療機関へのお願い

- この支給申請書は、ひとり親家庭医療費助成のため必要なものですので、ご協力をお願いします。
- 一部負担負担受領額欄は、差額ベッド代や食費等保険診療対象外の受領額は除いてください。