

瀬戸内町長 殿

ひとり親家庭医療費助成申請書

申請者名	①		対象者	
申請者住所	瀬戸内町大字		氏名	
受給資格者証番号			続柄	
加入保険	保険者名		生年月日	
	記号番号		高額療養費	
	被保険者名			
振込指定 金融機関	金融機関名		コード	
	<input type="checkbox"/> 座種別		フリガナ	
	<input type="checkbox"/> 座番号		<input type="checkbox"/> 座名義人	

医療機関記載欄	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	
	うち他方制度負担分		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。			
			年 月 日	
		医療機関等 所在地 名称 氏名	①	

※処理欄	区分	一部負担金 A	高額療養費 B	附加給付 C		支給決定額 (A-B-C)
	入院	円	円	円	円	円
	外来	円	円	円	円	円
	薬剤負担金(外来)	円	円	円	円	円
	計	円	円	円	円	円