

## ひとり親家庭医療費助成申請書

申請者記入欄 ※太線の枠内のみ記入し、押印して下さい。		平成 年 月 日	
岩舟町長 様		受給資格者 住所 岩舟町大字 (申請者)	
		氏名 印 電話	
受給資格者証 記号番号		被保険者氏名	
		保険証記号番号	
受診者	氏名	加入保険	番号
	生年月日 年 月 日		名称
		岩舟町・国保組合 健康保険組合 全国健康保険協会 共済組合	
振込先	銀行 支店 預金種別 普通・当座 (フリガナ) ※登録口座に振込になりますので、記入は不要です。 振込先を変更する場合は、変更届を提出してください。		
	口座名義	口座番号	
一部負担金2万1千円以上支払った家族の有無			有 ・ 無

(注) 高額療養費に該当したときは、当該支給決定通知書又はその写しを添付して下さい。

医療機関等記入欄 ※太線の枠内のみ記入し、押印して下さい。	
保 険 診 療 証 明 書	
保険種類	国保・社保・その他 自己負担割合 1・2・3割 特定疾病療養受療証の有無 有・無
診療年月	保険診療合計点数
年 月	入院点数 外来点数
	他法負担点数 備考
平成 年 月 日	
医療機関等 所在地 名称 氏名 印	

助成 内 容	保険診療 合計金額	一 部 負 担 額	控 除 額 の 内 訳				医 療 費 助 成 額
			他 法 負 担 額	高 額 療 養 費	附 加 給 付 額	控 除 額 計	
	円	円	円	円	円	円	
計							