

ひとり親家庭等医療費助成金申請・請求書

令和 年 月 日

（あて先）合志市長

申請者 住 所 合志市 _____

氏 名 _____ (印)

電話番号 _____

年 月分医療費の給付を受けたく申請します

申請者が記入する欄	受給資格証番号				
	受診者名 生年月日			年 月 日生	
	加入保険	保険証記号番号			
		保険名			

診療・調剤報酬証明			
医療機関等で記入する欄	()月診療日数	保険診療総点数	診療報酬一部負担金
	外来 日	点	円
	入院 日	点	円
	上記の金額を受領しました。		令和 年 月 日
	医療機関所在地 名称 氏名		(印)
	()月診療日数	保険診療総点数	診療報酬一部負担金
	調剤 日	点	円
	上記の金額を受領しました。		令和 年 月 日
調剤薬局所在地 名称 氏名		(印)	

市 町 村	給付決定額		
	一部負担金 [A]	付加給付 [B]	給付額 [A] - [B]
	円	円	円

※申請書提出の際は、必ず受給資格証と保険証をご持参ください。