

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

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	記 号 ・ 番 号		
		保 険 名		

医療機関等で記入する欄	診 療 ・ 調 剤 報 酬 証 明		
	()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、必ず受給資格証と資格確認書等をご持参ください。