

## ひとり親家庭医療費助成申請書

申請者記入欄			
学校内で発生したケガや病気ですか		はい	いいえ
自己負担金 2万1千円以上支払った家族の有無		有 ( 月)	無
真岡市長様		令和	年 月 日
申請者 (受給資格者)		【住所】	真岡市
		【氏名】	
		【電話】	( )
受給資格者証 記号番号		記号一 番号	—
受診者	氏名	加入保 険	被保険者氏 名
	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
			名称
振込先 新規、変更が ある方のみ記入	<input type="checkbox"/> 変更なし <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更	金融機関名 フリガナ 口座名義	支店名 預金種別 口座番号
		当座・普通	
		共済組合 健康保険組合 国民健康保険・真岡市 全国健康保険協会( )支部	

医療機関記入欄		保険診療証明書【受診者氏名: 】				
保険種類 (国保・社保・その他)		自己負担割合 (1・2・3) 割		特定疾病療養受領証 (有・無)		
診療年月等		保険診療合計点数		備考		
年	月	初診日	日数	入院点数	外来点数	
		/	日	点	点	
		/	日	点	点	
		/	日	点	点	
		/	日	点	点	
令和 年 月 日		医療機関等 所在地		名称	氏名	印

事務処理欄						
保険診療 合計点数	一部負担額	控除額の内訳			医療費助成額	備考
		高額療養費	付加給付額	他法負担額		
点	円	円	円	円	円	