

始良市長 殿

年 月 日

ひ と り 親 家 庭 医 療 費 助 成 申 請 書

申請者氏名				対象者	
申請者住所				氏名	
				続柄	
受給者証番号				生年月日	
加入保険	保険者名			高額療養費	
	記号番号				
	被保険者氏名			コード	
振込指定金融機関	金融機関名				
	口座種別				
	口座番号			口座名義人	

診療（調剤）報酬証明						
医療 機 関 記 載 欄	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		
	うち他法制度負担分	点		傷病発生原因	第三者・その他	
	保険の種類	国保 協会 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		印	
		名称				
		氏名				

※	区分	一部負担金 A	高額療養費 B	附加給付 C		支給額決定額 (A-B-C)
処 理 欄	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