

始 良 市 長 殿

令 和 5 年 1 月 4 日

提出年月日をご記入ください。

ひ と り 親 家 庭 医 療 費 助 成 申 請 書

受給資格者証に記載されている受給資格者証番号をご記入ください。

受診されたかたについてご記入ください。

受給者証番号	102030	氏名	始良太郎
受給者証番号	102030	続柄	長男
受給者証番号	102030	生年月日	H 23 . 3 . 3
現在お使いの健康保険証の内容をご記入ください。	全国健康保険協会鹿児島支部	高額療養費	
現在登録しているお振込希望の口座についてご記入ください。	12345678/123	コード	
	始良花子	フリガナ	アイラ ハナコ
	鹿児島銀行 始良支店	口座名義人	始良花子
	普通		
	123****		

診 療 (調 剤) 報 酬 証 明			
診 療 月	年	月	分
区 分	医 療 保 険 対 象 総 点 数		患 者 氏 名
入 院	一 部 負 担 金 受 領 額		
外 来			
うち他方負担制度負担分			
保 険 の 種 類			
こ ち ら の 欄 は 、 受 診 し た 医 療 機 関 に 記 入 し て い た だ い て く だ さ い 。 ※ こ の 申 請 書 に 領 収 証 を 添 付 す る 場 合 は 、 医 療 機 関 の 記 入 は 不 要 で す 。			
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			
名 称			
氏 名			
印			

区 分	一 部 負 担 金 A	高 額 療 養 費 B	付 加 給 付 C	支 給 決 定 額 (A-B-C)
入 院	円			円
外 来	円			円
薬 剤 負 担 分 (外 来)	円	円	円	円
計	円	円	円	円

この欄は、記入されずにご提出ください。