

決 裁	課 長	課長補佐	係 長	係	受 付	年 月 日	
					伺	年 月 日	
					決 定	年 月 日	
					支 給	年 月 日	
支 給 内 容	保 険 診 療 合 計 金 額	控 除 額			交 付 決 定 額		
		付 加 給 付 額	他 法 負 担 額	高 額 療 養 費 等			
	円	円	円	円	円	円	
				再 審		シ ス テ ム 入 力	
ひとり親家庭医療費助成申請・請求書 年 月 日 四万十市長 様 申請者 住所 四万十市 (保護者) 氏名 印 ひとり親家庭医療費の支給を受けたく申請し請求します。							
請 求 額		円 平成 年 月診療分(外・入)					
受給者証記号番号		号	加 入 医 療 保 険	被 保 険 者 証 記 号 番 号			
受 給 者	氏 名			被 保 険 者 氏 名			
	生 年 月 日	年 月 日		保 険 種 別		国・国組・協・健組・船・共	
領 収 書							
領収金額 円				患 者	本 人 家 族	家 族 氏 名	
保険診療点数 点				診療月 年 月分 (日から 日)			
上記のとおり領収しました。ただし、保険診療対象以外のものは除外してあります。 年 月 日 住 所 医療機関等名 医 師 等 名 印							
振 込 先	銀行 本店		普 通 当 座 その他	名 義 人	フリガナ		
	金庫 支店				氏 名		
	農協 出張所				口座番号		

決 裁	課 長	課長補佐	係 長	係	受 付	年 月 日	
					伺	年 月 日	
					決 定	年 月 日	
					支 給	年 月 日	
支 給 内 容	保 険 診 療 合 計 金 額	控 除 額			交 付 決 定 額		
	付加給付額	他法負担額	高額療養費等				
	円	円	円	円	円		
				再 審		シ ス テ ム 入 力	
ひとり親家庭医療費助成申請・請求書 〇年 〇月 〇日 四万十市長 様 申請者 住所 四万十市中村大橋通4丁目10番地 (保護者) 氏名 四万十 花子 印 ひとり親家庭医療費の支給を受けたく申請し請求します。							
請 求 額		円 令和 年 月診療分(外・入)					
受給者証記号番号		7ケタの番号 号		加 入 医 療 保 険	被 保 険 者 証 記 号 番 号	〇〇〇〇〇〇〇〇	
受 給 者	氏 名	四万十 一朗			被 保 険 者 氏 名	四万十 一朗	
	生 年 月 日	H20年 5月 10日			保 険 種 別	国・国組・協・健組・船・共	
領 収 書							
領収金額 円				患 者	本 人 家 族	家 族 氏 名	
保険診療点数 点				診療月 年 月分 (日から 日)			
上記のとおり領収しました。ただし、保険診療対象以外のものは除外してあります。 年 月 日 住 所 医療機関等名 医 師 等 名 印							
振 込 先	〇〇	銀行	〇〇	本 店	名 義 人	フリガナ	シマント ハナコ
		金庫		支 店		氏 名	四万十 花子
		農協		出張所		口座番号	〇〇〇〇〇〇〇〇

