

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	
<p>ひとり親家庭医療費助成申請・請求書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>四万十市長 様</p> <p style="text-align: right;">申請者 住所 四万十市</p> <p style="text-align: right;">(保護者) 氏名 <span style="float: right;">印</span></p> <p>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。</p>							
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 )		
<p>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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住 所</p> <p style="text-align: right;">医療機関等名</p> <p style="text-align: right;">医 師 等 名 <span style="float: right;">印</span></p>							
振 込 先	銀行	本 店	普 通 当 座 そ の 他	名	フリガナ		
	金庫	支 店		義	氏 名		
	農協	出張所		人	氏 名		
				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
<p>ひとり親家庭医療費助成申請・請求書</p> <p style="text-align: right;">○年 ○月 ○日</p> <p>四万十市長 様</p> <p style="text-align: right;">申請者 住所 四万十市中村大橋通4丁目10番地</p> <p style="text-align: right;">(保護者) 氏名 四万十 花子 印</p> <p>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。</p>						
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	○○○○○○○○	
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 險 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)		
<p>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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住 所 医療機関等名 医師等名 印</p>						
振 込 先	銀行	本店	普 通 当 座 其 他	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	○○○○○○○	