

(医・調・歯・装)

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	
<p>ひとり親家庭医療費助成申請・請求書</p> <p>年 月 日</p> <p>四万十市長 様</p> <p>申請者 住所 四万十市</p> <p>(保護者) 氏名 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		号	加 入 医 療 保 険	被 保 険 者 等 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>年 月 日</p> <p>住 所</p> <p>医療機関等名</p> <p>医 師 等 名</p>							
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		