

※ 決 裁				主 務	保 險 区 分	1	2	3	4	5	6	9			
						社 被 保 者	社 被 扶 養 保 者	国 一 般 被 保 者	国 保 ・ 退 職 者	国 保 ・ 退 職 者	国 被 扶 養 者	国 保 組 合	後 期 高 齢 者		
						受	付	平	成	年	月	日			
						伺	平	成	年	月	日				
					決	定	平	成	年	月	日				
					支	給	平	成	年	月	日				

ひとり親家庭等医療費（療養費払）助成申請書

平成 年 月 日

朝日町 長 殿

申請者 住所
(母又は父、養育者)

氏 名 ㊟

下記のとおりひとり親家庭等医療費の助成を申請します。なお、下記の口座に振り込んでください。

受給資格証 記号番号		加入 保険	被保険者証 記号番号	—
受給者 氏名		男 女	保険種別	国保・健保・共済組合・その他
	生年月日		年 月 日	保険者名

平成 年 月分 保険診療領収書（入院・通院）

受給者名		病名	
保険診療 合計点数	点	公費負担額	円
		社会保険等 負担点数	点

一部負担金領収額 円 左記金額には保険診療以外は含まれていません。

上記のとおり領収しました。平成 年 月 日

医療機関等の所在地名称
開設者氏名 ㊟

振 込 先	口座振替 指定金融機関	銀行 金庫 農協	支店 出張所
	指定口座	1 普通 2 当座	口座番号（右づめで記入）
	フリガナ		
	口座名義（申請者のもの）		

(注) 1. この用紙は、病院等に診療金額をいったん支払い、その後で市町村長から助成を受ける場合に
使います。(県外の病院等の場合)

2. 申請は診療月ごと、入院通院の別ごとに行ってください。

3. 太枠の欄は病院等で記入してもらってください。ただし、この欄に準じた項目の入った領収書を
もらった場合、これにかえることができます。

4. ※欄は市町村で記入します。