

様式第3号

※ 決裁				主務	保険区分	1	2	3	4	5	6	7	8	9
						社 保 ・ 被 保 険 者	社 保 ・ 被 扶 養 者	国 一 般 被 保 険 者 ・ 保	国 被 保 ・ 保 ・ 退 職 者	国 被 保 ・ 保 ・ 退 職 者	国 保 組 合			
						受付						年	月	日
						伺						年	月	日
						決定						年	月	日
支給						年	月	日						
※ 助成内訳	保険診療 合計金額	控 除 額			交付決定額									
		社会保険等負担分	公費負担その他の分	計										
	円	円	円	円	円									
ひとり親家庭等医療費(療養費払)助成申請書														
朝日町長 殿														
申請者住所 (保護者) 氏名 (印)														
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。														
受給資格証番号					加入 保 険	被保険者証 記号番号								
受 給 者	氏名					保険種別		国保・政府・組合・その他						
	生年月日					保険者名								
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。														
年 月 日														
医療機関等の所在地名称 開設者氏名 (印)														
振 込 先	口座振替 指定金融機関					銀行		支店						
						金庫								
						農協		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つたん支払い、その後で町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、これに代えることができます。														
4 ※欄は町で記入します。														