様式第５号（第７条関係）

ひとり

ひとり親家庭医療費助成申請書

申請者記入欄

※太線の枠内のみ記入してください。

年　　月　　日

大田原市長　様

受給資格者（申請者）　住所

氏名

電話

受給者番号			加入保険	被保険者氏名		
				被保険者個人番号		
受診者	氏名			記号番号		
				保険者	番号	受給資格者証に同じ
	生年月日	S H　年　月　日			名称	
振込先		医療費助成指定口座				
一部負担２１，０００円以上支払った家族の有無						有・無

（注）・高額療養費に該当したときは、当該支給決定通知書又はその写しを添付してください。
・領収書で申請する場合にもこの用紙は必要です。

医療機関記入欄

※太線の枠内のみ記入し、押印してください。（月ごとの合計点数を記載してください）

保険診療証明書

保険種類	国保・社保・後期高齢者医療	自己負担割合 １・２・３ 割	特定疾病療養受療証の有無 有・無

診療年月		保険診療合計点数			他法負担点数	備考
年	月	入院日数	入院点数	外来点数		

年　　月　　日

医療機関等　所在地

名称

氏名　　㊞

助成内容	保険診療合計金額	一部負担額	控除額の内訳					医療費助成額
			他法負担額	高額療養費	附加給付額	自己負担控除額	控除額計	
	円	円	円	円	円	円	円	円