



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下さい								
大田原市長様										年 月 日
受給資格者 住所 (申請者) 氏名 電話										
受給資格証番号				加入保険		被保険者氏名		受給資格者証に同じ		
						保険証記号番号				
受診者	氏名			加入保険	番号					
	生年月日	年 月 日			保険者名	称				
振込先		金融機関名		銀行・信金		本店		預金種別		
		(フリガナ)		信託・農協		支店		当座		
		口座名義		口座番号						
指 定 口 座										
一部負担21,000円以上支払った家族の有無										有・無

医療機関記入欄		※太線の枠内のみ記入し、押印して下さい								
保険診療証明書										
保険種類		国保・社保・その他		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
	円	円	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