



# 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、押印して下さい |       |         |    |           |       |
| 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   | 年 月 日               | 年 月 日 | 保       | 番  |           | 号     |
|                        | 生年月日 |                     |       | 險       | 者  |           |       |
| 振込先                    |      | 金融機関名               | 銀行・信金 |         | 本店 | 預金種別      |       |
|                        |      | (フリガナ)              | 信託・協  |         | 当座 |           |       |
|                        |      | 口座名義                | 口座番号  |         | 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<br>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<br>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      |