

# ひとり親家庭医療費助成金申請書

申請書提出日→ 令和 年 月 日

益城町長様

申請者 住所 益城町大字〇〇〇××番地

氏名 広安花子

診療月 保険負担額の合計

昼間連絡先→ 電話 — —

令和 〇〇年 〇〇月分医療費の給付を受けたいので申請します。

申請者が記入する欄	申請額	円	加入医療保険	被保険者氏名	
	受給資格証 記号番号	益城		保険証記号番号	
	受診者 氏名	〇〇 〇〇		医療保険名	
	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日	同一世帯員で当該月に 医療を受けた者の氏名	受診者の他に同月内に受 診した者の氏名	

ひとり親受給資格証（緑色）の番号

加入している保険の被保険者氏名  
国民健康保険の場合は、世帯主名

加入している保険の記号番号

加入している保険名

以下は、医療機関の証明につき申請者は記入不要

医療 機 関 等 で 記 入 す る 欄	診療（薬剤）報酬証明 ※入院時食事療養費を除く			
	診療月	令和 5 年 3 月分	患者氏名	広安 花子
	診療区分		1. 入院	2. 外来
	診療日数	5 日	3. 歯科	④ 柔整
	総点数又は 総医療費	6,000円	左記の金額を受領しました。 (証明日) 令和 5 年 3 月 1 日	
	診療報酬一部負担金受領額 (入院時食事療養費に係る定額負担金を除く。)	1,800円	医療機関	コード ▲▲-XXXX
	診療報酬一部負担金受領額 (上記医療機関の処方によるもの)		所在地	益城町宮園702
処方回数	回	名称	熊本整骨院	
保険内合計点数	点	氏名	肥後五郎 ㊦	
			左記の金額を受領しました。 (証明日) 令和 年 月 日	
		調剤薬局	コード	
		名称	所在地	
		氏名	㊦	

一部負担金：就学前2割、小学生以上3割

※独自の照明を発行される場合は、上記内容の記載があること。