

【申請書の書き方】

申請年月日

加入保険 国保 **社保等**

ひとり親家庭医療費助成申請書
平成●年●月●日

喜多方市長

診療受診月

申請者 住所 喜多方市**字御清水東7244番地2**
氏名 **喜多方 花子**
(電話 **24-5229**)

平成●年●月分のひとり親家庭医療費の助成金の交付を申請します。

受給者番号	第 0012345 号	受診者氏名	喜多方 花子
		生年月日	昭和・平成 54年 3月 21日
同一受診月分の申請の有無 ※注2		有 ・無	
摘要	入院・ 入院外 ・歯科・調剤・その他		

加入保険に○を付ける
※加入保険に変更があったときは変更届が必要
(保険証の写しを添付)

受診者の氏名・生年月日

上記の受診者が同一月の医療費を申請する(またはすでに申請した)場合は有に○を付ける

保険診療証明書

平成 年 月 診療分

医療機関	保険診療	入院	円
	総点数	外来	
食事療養	提供食数 (A)	食	円
	提供日数 (a)	日	円
食事療養	定額負担額 (B)	円	円
	定額負担日額 (b)	円	
合計受領金額 ①+②+③			円

診療を受けた区分に○を付ける

食事療養費 定額負担月額 [(A) × (B) 又は (a) × (b)] ③ 円

申請書裏面

領収書表面

上記の一部負担金を受領したことを証明する。
平成 年 月 日
医療機関 住所 又は薬局 名称

一部負担額 (A)①+②+③	付加給付額 (B)	高額療養給付額 (C)	控

領収書は申請書裏面にのり付けしてください。
※医療機関で「保険診療証明書(医療機関記入欄)」に証明を受けた場合は添付する必要はありません。

- H●●受診 1,300円 ○○病院 ①
- H●●受診 1,500円 ××病院 ②
- H●●受診 2,000円 △△病院 ③
- H●●受診 500円 △△病院 ④

このような場合は、3枚の助成申請書が必要となります。
※③と④は同じ医療機関なので助成申請書は1枚となります。