

親ひとり親家庭等医療費助成費支給申請書

見本

医療証の番号

医療証	負担者番号	8 1 1 3 7 0 6 9						支給決定額	
	受給者番号	3 0 0 0 0 0 0							
健康保険証	被保険者証記号	台さくら 100						被保険者氏名	台東一郎
	被保険者氏名	台東二郎 (S63年1月1日)						資格取得年月日	30年 2月 1日
	保険者名称	東上野社会保険事務所						保険者番号	5246
診療報酬明細書	区分	病院等の名称 (医療機関コード)	領収書枚数	申請の種類			医療費の内訳		
					医療費総額	総保険点数(日数)	負担額(申請額)		
	自 23・4・1	外来入院	△△病院	3	1 一般 2 歯科 3 薬剤 4 看護	5 移送 6 補装具 7 その他			
	至 23・7・31			枚			円	点(日)	円
	自 23・4・1	外来入院	〇〇薬局	3	1 一般 2 歯科 3 薬剤 4 看護	5 移送 6 補装具 7 その他			
至 23・7・31			枚			円	点(日)	円	
自 . . .									
至 . . .									
自 . . .	外来入院								
至 . . .									
申請の理由	1 医療証発行前の受診 2 都外受診 3 医療証を取扱っていないかった 4 その他( )								
振替金融	4	ぼんだ	銀行 信用金庫 信用組合	上野	支店	種別	口座番号		
						① 普通	1 2 3 4 5 6		
				(店番 110)		2 当座	口座名義人(カナシメイ) タイトウ イチロウ		

病院・薬局ごとに記入

上記のとおり、医療助成費の支給を申請します。

〇〇年〇月〇日

申請者(医療証の表面に記載されている方)の口座に限ります。

台東区長 殿

5

住所 台東区 台東1-1-1-101 台東マンション

氏名 台東一郎

連絡先 TEL 03-5643-1234

※ 太枠の中を記入してください  
該当事項を○で囲んでください

捨印  
台東  
6

押印2箇所  
(朱肉で押す印鑑)

処理欄