

親ひとり親家庭等医療助成費支給申請書

| | | | | | | | | | | | | |
|--|--|------------|------|------|------|---------------|------|---------------|---------------|---|-------|--|
| 負担者番号 | 8 | 1 | 1 | 3 | | | | | 支給決定額 | ※ | 円 | |
| 受給者番号 | | | | | | | | | 申請日 | | 年 月 日 | |
| 保険の種類 | 1 国保 2 組合 3 協会 4 日雇 5 船員 6 共済 7 後 | | | | | | | | | | | |
| 保険者番号 | | | | | | | | | | | | |
| 世帯主組合員 被保険者氏名 | | | | | | | | 被保険者証 記号番号 | 記号 番号 (枝番) | | | |
| 対象者氏名 | | | | | | | | 生年月日 | 年 月 日生 | | | |
| 他の助成の有無 | 他医療費の助成 | 有 ・ 無 | | | | | (1 都 | 2 他 ()) | | | | |
| | 高額療養費 | 有 ・ 無 | | | | | 付加給付 | 有 ・ 無 | | | | |
| 申請の理由 | 1 医療証発行前の診療だった 2 医療証を持参しなかった 3 都外又は当制度の対象外の医療機関だった 4 補装具等の購入 5 都外国保組合加入 6 その他 () | | | | | | | | | | | |
| 入院・入院外の別 | 1 入院 2 入院外 | | | | | | | | | | | |
| 診療等を受けた期間 | 年 月 日から 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 医療費総額 | ※ | | | | | | | | | | 円 | |
| | (うち標準負担額相当額 | | | | | | | | | | 円) | |
| 支給申請額 | ※ | | | | | | | | | | 円 | |
| 病院などの名前 所在地 | 名前 所在地 | 別添領収証書のとおり | | | | | | | | | | |
| 支給額は、下記の口座にお振込みください。 | | | | | | | | | | | | |
| 振込先 金融機関 | 銀行 | 支店 | 1 普通 | 口座番号 | | | | | | | | |
| | 信用金庫 | | | 出張所 | 2 当座 | 口座名義(カタカナで記入) | | | | | | |
| | 信用組合 | | | | | | | | | | | |
| | 農協 | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり、ひとり親家庭等医療費助成制度の医療助成費の支給を申請します。 東久留米市長 殿 住所 東久留米市 氏名 連絡先 () | | | | | | | | | | | | |

(注意) 1 ※印欄は記入しないでください。

2 番号をつけてある欄は、該当の番号を○で囲んでください。

3 保険の療養費支給決定通知書または領収書(保険診療点数が記載されたもの)を添えて申請してください。
なお、保険で付加給付のある場合は申し出てください。