

別記様式第5号(第8条関係)

ひとり親家庭医療費助成申請書

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|------------------------|----------------|--|--|--------------------|-------|----------|-----|--------|---|----|------|-----------|--|----|--|---------------|--|
| 申請者記入欄 | | 令和〇〇年〇〇月〇〇日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 矢板市長 様 | | 受給資格者 (申請者) | | 住所 | 矢板市本町5-4 | | | | | | 氏名 | | 矢板 花子 | | 電話 | | 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 | |
| 受給資格者 証記号番号 | 〇〇〇〇〇〇 | | | 加入 保険 | 被保険者氏名 | 矢板 花子 | | | | | | 記号番号 | 〇〇〇〇-〇〇〇〇 | | | | | |
| 受診者 | 氏名 | 矢板 花子 | | | 番号 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | | | | | |
| | 生年月日 | 〇〇年〇〇月〇〇日 | | | | 名称 | 〇〇健康保険組合 | | | | | | | | | | | |
| 振込先 | 申請の際に指定していただいた口座になります。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 他公費制度の利用状況について、 矢板市が確認することに同意します。 | | | | チェック欄 <input checked="" type="checkbox"/> | 交通事故等による けがですか。 | | | | はい・いいえ | | | | 有・無 | | | | | |
| 一部負担金2万1千円以上支払った家族の有無 | | | | | | | | 有・無 | | | | | | | | | | |

(注)・高額療養費及び附加給付に該当したときは、当該支給決定通知書又はその写しを添付してください。

・他公費制度とは、自立支援医療制度、特定疾患医療費助成制度等です。

医療機関等記入欄 ※点数の欄は右詰で記入し、空欄は斜線を引いてください。

| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年 | 月 | 入 日 | 院 数 | 入院点数 | | | | | | 外来点数 | | | | | | 他法負担点数 | 備 考 | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 計 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年 | | 月 | | 日 | | 医療機関等 所在地 名称 氏名 | | | | | | | | | | | | 印 |