

記入例（助成申請書） ※患者様一人につき月ごとに1枚ご提出いただきます。

様式第8号

ひとり親家庭等医療費助成金支給申請書

年 月 日

別府市長 あて

ひとり親家庭等医療費 (例) 令和2年10月診療分

助成対象者（保護者）	住所	10月 1日 総額3,901円 一部負担金1,170円 10月 8日 総額1,933円 一部負担金 580円 10月15日 総額1,586円 一部負担金 480円 10月22日 総額1,586円 一部負担金 480円 10月29日 総額1,586円 一部負担金 480円 合計 総額10,592円 一部負担金3,190円の場合		
	氏名			
	電話番号			
	フリガナ			
受診者	氏名	昭和	月	日
	生年月日			
	受給資格者番号			
		医療保険記号・番号		
		被保険者氏名		

保険診療分の金額のみご記入ください。

総額の10分の1

領収証を発行できない場合はご記入をお願いします。

診療月	令和 2 年 11 月分 (5 日間)	区分	入院・入院外・調剤
保険診療総点数	1,059 点	他法公費負担点数	点
保険診療一部負担金	3,190 円	指定訪問看護基本利用料	円
4日目までの内訳		上記のとおり一部負担金を受領しました。	
	2 年 11 月 1 日		
(保険診療額領収記載欄)	保険診療総額	一部負担金	
	1日目	3,901 円	1,170 円
	2日目	1,933 円	580 円
	3日目	1,586 円	480 円
	4日目	1,586 円	480 円
		保険医療機関等	
		所在地	別府市上野口町98番76号
		名称	湯けむり整骨院
		代表者氏名	八湯 治
		電話番号	0977-11-2222
		医療機関番	4412345

整骨院の情報を
ご記入
ください。

施術機関コード
(受領委任契約番号)
をご記入ください。

備考 保険医療機関等が発行する保険診療証明書又は領収書の添付があるときは、併領収照明の記入は必要ありません。

親は自己負担金があります。

1日500円
一部負担金（3割分）が
500円を超えないときは
全額自己負担金になります。

- ・ 総額（保険診療10割分）
 - ・ 一部負担金（保険診療3割分）
- が記載された領収証を患者様にお渡しただければ、申請書は記載不要です。

