

- [注] 1. 申請書は、助成対象者・診療月・医療機関別・入院・外来ごとに、作成してください。
 2. 申請書は、診療月の翌月以降に提出してください。[診療月から1年以内]
 3. 申請は、同じ医療機関の同じ診療月について1回のみで、追加の申請はできません。
 4. 健康保険証、住所、氏名に変更がある場合は、必ず届け出て下さい。
 5. 申請書提出の際は、受給資格者証で確認しますので、必ずご持参ください。
 * 担当者が私及び世帯員の市民税課税台帳を閲覧することに同意します。

(様式第8号)

申請者記載欄		ひとり親家庭医療費助成金支給申請書			
		平成 25 年 1 月 10 日			
別府市長		あて			
		申請者	住所	別府市 上野口町1番15号	
			氏名	別府 花子 (印)	
			生年月日	昭和40年4月1日	
			電話	21-1111	
		平成 24 年 12 月分医療費の助成を受けたく申請します。			
受給資格者番号		0001234		医療保険種別	(例：国保) 国保
受診者	氏名	別府 市郎		医療保険証記号番号	べっぷ 00000000
	生年月日	平成10年 4月 1日		被保険者氏名	別府 花子
診療(調剤)報酬証明					
診療(調剤)月	年 月分		患者氏名		
区分	診療(調剤)報酬総額			一部負担金受領額	
入院			点又は円	円	
外来			点又は円	円	
調剤			点又は円	円	
入院日数	日	外来日数	日	一部自己負担金	円
上記のとおり一部負担金を受領しました。					
年 月 日					
保険医療機関等所在地					
名称					
電話番号					
医療機関番号					

下記の欄は、記入しないでください。

受給番号	受診者(漢字入力)			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
診療年月	入外	医療機関コード		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
一部負担金	総医療費	高額療養費	附加給付	支給額
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
一部自己負担金	乳幼児助成分	その他		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		