

様式第6号（第10条関係）

㊦ ひとり親家庭等医療費助成事業医療助成費支給申請書

支給決定額	*	円
-------	---	---

負担者番号	8	5	1	4	0	1	1	9	世帯主組合員／被保険者氏名	
受給者番号										
保険の種類	1国保 5日雇	2国組 6船員	3協会 7共済	4組合 8後期	被保険者証 記号番号					
保険者名	符号							名称		
対象者氏名									生年月日	年 月 日
申請の種類			1 一般 5 移送	2 歯科 6 補装具	3 薬剤 7 その他	4 看護				
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	
支給申請額									円	
病院等の名前所在地			名前所在地							
申請の理由 (詳細に記入)										
支給額は、下記の口座にお振り込み下さい。										
振込先 金融機関	銀行		1 普通 2 当座	口座番号						
	信用金庫 店			(カタカナ) 口座名義						
<p>上記のとおり、ひとり親家庭等医療費助成事業の医療助成費の支給を申請します。</p> <p>三浦市長 年 月 日</p> <p>住所 氏名 電話番号 印</p>										

- (備考) 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 市(町村)の国民健康保険以外の保険に加入している方は、保険の療養費支給決定通知書又は領収書を添えて申請してください。
- なお、保険で附加給付のある場合は申し出てください。