

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 style="text-align: center;">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。