

様式第7号（第7条関係）

長島町長 殿

年 月 日

ひとり親家庭医療費助成申請書

申請者氏名			対象者	
申請者住所			氏名	
受給資格者証番号			続柄	
加入保険	保険者名		生年月日	
	記号番号		高額療養費	
	被保険者氏名			

医療機関 記載欄	診療（調剤）報酬証明			
	診療月	年 月 分	患者氏名	
	区分	医療保険対象総点数	一部負担金受領額	
	入院	点	円	
	外来	点	円	
	訪問看護 医療養費	点	円	
	うち他法制度負担分	点	傷病発生原因	第三者・その他
	保険の種類	国保 協会 組合 共済 船員		
	上記のとおり一部負担金を受領しました。 年 月 日 医療機関 所在地 名称 氏名			

※ 処理欄	区 分	一部負担金 A	高額療養費 B	附加給付 C		支給決定額 (A-B-C)
	入 院	円	円	円	円	円
	外 来	円	円	円	円	円
	訪問看護	円	円	円	円	円
	計	円	円	円	円	円

(注) 1 この申請書を提出されるときは、受給資格者証をお持ちください。
2 申請者は、記名押印に代えて署名することができます。