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 | 高額療養費 | 附加給付 |  | 支給決定額 |
| Ａ | Ｂ | Ｃ | (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。