

# ひとり親家庭等医療助成費支給申請書

										支給額計	円	
負担者番号		8	1	1	3					氏名		
受給者番号						生年月日		年 月 日				
加入 保険	種別	1 国保 4 協会	2 国保組合 5 共済	3 健保組合 6 その他		被保険者等						
	保険者名						記号番号					
						保険者番号						
受診期間		病院等の名称		医療費の内訳				申請種類				
1	年 月 日 ～ 年 月 日 ( 日間)		入院 ・ 外来			申請額		円	1一般2歯科			
						総保険点数		点	3薬剤4看護			
						※支給額		円	5移送			
						(医療 薬剤負担)			6補装具			
2	年 月 日 ～ 年 月 日 ( 日間)		入院 ・ 外来			申請額		円	1一般2歯科			
						総保険点数		点	3薬剤4看護			
						※支給額		円	5移送			
						(医療 薬剤負担)			6補装具			
3	年 月 日 ～ 年 月 日 ( 日間)		入院 ・ 外来			申請額		円	1一般2歯科			
						総保険点数		点	3薬剤4看護			
						※支給額		円	5移送			
						(医療 薬剤負担)			6補装具			
4	年 月 日 ～ 年 月 日 ( 日間)		入院 ・ 外来			申請額		円	1一般2歯科			
						総保険点数		点	3薬剤4看護			
						※支給額		円	5移送			
						(医療 薬剤負担)			6補装具			
申請の理由		1 医療証交付前の受診      2 都外医療機関で受診      3 療養費の支給を受けた 4 都外国保(組合)に加入している      5 都内非取扱医療機関で受診(区内/区外) 6 医療証を持参しなかった      7 未熟児養育医療負担分      8 その他( )										
振込先 金融機関	銀行 信用金庫 信用組合					支店		支店番号		種 別	1 普通	
	番号										2 当座	
							名義		(フリガナ)			
上記のとおり、ひとり親家庭等医療費助成費の支給を申請します。 文京区長殿												
										年 月 日		
										(住所) 文京区		
										(電話番号)		
										(氏名)		
										印		