

様式第6号（第5条関係）

ひとり親家庭等医療費助成金申請書

令和 年 月 日

神 埼 市 長 様

申請者 住所 神崎市

受給者 氏名

印

下記のとおり医療費の給付を受けたく申請します。（集落名

[申請者記入欄]

受給資格証 記号番号		加 入 保 険	被保険者氏名	
患者との続柄			保険証記号番号	
患者の生年月日	年 月 日		保 険 名	

[医療機関等記入欄]

保 険 診 療 額 (領 収) 証 明				
患 者 氏 名				
診 療 月	令和 年 月 分	(入院がある場合は、入院日数 日)		
	入 院	入 院 外	歯 科	調 剤
保険診療総点数	点	点	点	点
公費負担点数	点	点	点	点
保 険 診 療 一 部 負 担 額	円	円	円	円
食 事 療 養 費 標 準 負 担 額	円		円	
訪問看護利用料		円		
上記の金額を領収しました。 令和 年 月 日 医療機関等所在地 名 称 氏 名 印				

[市町村記入欄]

給 付 決 定 額					
	一部負担金額	高額療養費	附加給付額	自己負担額	給付額
保 険 診 療	円	円	円	円	円
食 事 療 養 費 標 準 負 担 額	円		円		
訪問看護利用料	円	円	円		