様式第7号(第5条関係)

ひとり親家庭等医療費助成金申請書

年 月 日

(あて先)神埼市長

申請者 住 所
(受給者) 氏 名

㊟

下記のとおり医療費の給付を受けたく申請します。

[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			被保険者 記号番号	
患者の生年月日			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	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		
上記の金額を受領しました。 年 月 日				
医療機関等所在地 名 称 氏 名				

㊟

[市町村記入欄]

給 付 決 定 額				
	一部負担金額	高額療養費	付加給付額	給 付 額
保 険 診 療	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	