ひとり親家庭 医療費助成申請書

申請者記入欄 ※太線の枠内のみ記入してください。

小　山　市　長　様　　年　月　日

受給資格者　住所

（保護者）　氏名

電話

受給資格証番号			加入保険	被保険者氏名		
受診者	フリガナ			保険証記号番号		
	氏名			保険者	番　号	
	生年月日	S・H　年　月　日			名　称	

※振込先を変更する場合には、内容変更届が必要になります。
受給資格証、受給資格者名義の通帳をご持参のうえ、子育て家庭支援課にて手続きをしてください。

一部負担金２万１千円以上支払った家族の有無	有　・　無

（注）高額療養費に該当したときは、当該支給決定通知書又はその写しを添付して下さい。

医療機関記入欄 ※太線の枠内のみ記入し、押印してください。

保険診療証明書　　受診者（　　）

保険種類	国保・社保・後高	自己負担割合 1･2･3割	特定疾病療養受領証の有無　有・無

診療年月		保険診療合計点数			食事療養費		他法負担点数	備考
年	月	入院日数	入院点数	外来点数	回数	金額（標準負担額）		

年　月　日　医療機関等　所在地

名称

氏名　　印

助成内容	保険診療合計金額	一部負担額	控除額の内訳					医療費助成額
			他法負担額	高額療養費	附加給付額	その他	控除額計	
	円	円	円	円	円	円	円	円
	円	円	円	円	円	円	円	円
	円	円	円	円	円	円	円	円