

第9号様式（第20条関係）

（親）ひとり親家庭等医療助成費支給申請書

医療証に書かれて
いる番号をご記入
ください。（複数人
の場合は空いている
箇所記入）

対象の方の健康保険
証を見ながらご記入
ください。（複数人
申請する場合はいず
れか一つの保険証の
内容を記入）

診療を受けた方の氏
名と生年月日をご記
入ください。（複数
人申請の場合は欄外
もしくは空いている
箇所に全員を記入）

医療費総額（一部
負担金等相当額）
は記入しないでく
ださい。

申請したい領収書が
複数ある場合は、そ
の領収書の一番古い
診療日と、一番新し
い診療日を記入して
ください。

支給決定額										※										円									
負担者番号										8 1 1 3 * * * *										世帯主組合員									
受給者番号										* * * * * *										被保険者氏名									
保険の										1 国保 2 組合 3 協会 4 日雇										被保険者証									
種類										5 船員 6 共済 7 後期										記号									
保険者番号										9876543										記号番号									
対象者氏名										昭島 一郎										生年月日									
申請の種類										1 一般 2 歯科 3 薬剤 4 看護										123									
入院・入院外の別										1 入院 2 入院外										番号									
診療等を受けた期間										令和〇年 〇月 〇日 から 令和〇年 〇月 〇日まで										12345678 (枝番)									
医療費総額 (一部負担金等相当額)																				12345678 (枝番)									
病院などの名称										名称										昭和〇年 〇月 〇日									
所在地及び連絡先										所在地										昭和〇年 〇月 〇日									
申請の理由										1 都外で受診 2 医療証が届く										昭和〇年 〇月 〇日									
3 その他																				昭和〇年 〇月 〇日									
支給額は、下記の口座に振り込んでください。																													
振込先										△〇 銀行・信金 昭島 本店										普通									
金融機関										金融機関コード										支店コード									
* * * *										1 2 3										口座番号									
																				1 2 3 4 5 6 7									
																				口座名義									
																				アキシマ タロウ									
上記のとおり、ひとり親家庭等医療助成制度の医療助成費の支給を申請します。																													
令和〇年 〇月 〇日																													
住所 昭島市 △〇町1丁目△-〇																													
(宛先) 昭島市長 氏名 昭島 太郎																													
備考										検査										受付年月日									
□ 〇割負担国保申請中																				支払決定日									
□ 口座名義確認済み (公募・その他)																													
□ 本人確認書類 (マイナンバーカード・免許証																													
・在留カード・その他 ())																													

受診した医療機関をご
記入ください。（複数
の場合は主なものを記
入）

- ◎氏名欄は医療証に記載の保護者の方をご記入ください。
- ◎振込先の口座は申請者（養育者）の方に限られます。
- ◎訂正箇所がある場合は二重線で抹消し訂正印を押印してください。
- ◎補装具の費用の請求には別途必要な書類がございます。

申請には、
診療を受けた**領収書原本**（医療費の負担割合が2割もしくは3割のもの）
が必要です。

（注意）
保険証を掲示せずに医療機関を
受診した全額負担の領収書の場合、
支払い決定通知書（原本）の
添付が必要です。