

(親) ひとり親家庭等医療助成費支給申請書

支給決定額

円

負担者番号	8	1	1	3					世帯主組合員 被保険者氏名						
受給者番号															
保険の種類	1 国保 2 組合 3 協会 4 日雇 5 船員 6 共済 7 後期								被保険者等	記号					
									記号番号	番号	(枝番)				
保険者番号									保険者名称						
対象者氏名									生年月日	年 月 日生					
申請の種類	1 一般 2 歯科 3 薬剤 4 看護 5 移送 6 補装具 7 その他 ()														
入院・入院外の別	1 入院 2 入院外														
診療等を受けた期間	年 月 日から 年 月 日まで														
医療費総額 (一部負担金等相当額)	円 (円)														
病院などの名称 所在地及び連絡先	名 称														
	所在地 電話 - -														
申請の理由	1 都外で受診 2 医療証が届く前に受診 3 その他 ()														
支給額は、下記の口座に振り込んでください。															
振込先 金融機関	銀行・信金 本店 信組・農協 支店								普通 当座	口座番号					
	金融機関コード				支店コード					口座名義 (カタカナ)					
上記のとおり、ひとり親家庭等医療費助成制度の医療助成費の支給を申請します。 年 月 日 住 所 昭島市 (宛先) 昭 島 市 長 氏 名															
備 考 ☐ 1 0 割負担国保申請中 ☐ 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())									検 査	受付年月日					
										支払決定日					

- (注意) 1 印欄は記入しないでください。
 2 番号をつけてある欄は、該当の番号を○で囲んでください。
 3 昭島市の国民健康保険以外の保険に加入している方は、保険の療養費支給決定通知書又は領収書を添えて申請してください。
 なお、保険で附加給付のある場合は申し出てください。