

赤字の部分をご記入ください。
この申請書に領収書を添付してください。訂正箇所は二重線で
抹消し、訂正印をお願いします。

記入例

（親）ひとり親家庭等医療助成費支給申請書

診療を受けた人が加入している健康保険が昭島市の国保のかたは世帯主の氏名を、社会保険のかたは保険証の被保険者の氏名を記入してください。		受付年月日	
負担者番号	8 1 1 3	世帯主組合員	昭島 花子
受給者番号		被保険者氏名	
通常の場合 は一般、薬局 にかかった場合 は薬剤	1 国保 2 組合 3 政管	被保険者証	記号 5 6 7 8
	4 日雇 5 船員 6 共済	記号番号	番号 9 8 7 6 5 4 3
保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7	保険者名称	●●産業健康保険組合
対象者氏名	昭島 花子	生年月日	昭和61年 5月 1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	令和3年10月3日から 令和3年10月13日まで		
医療費総額	円		
医療費総額と支給申請額欄は、記入しないでください。	(うち標準負担額相当額)		かかった医療機関の名称・所在地・電話番号 (複数ある場合は主なもの1つ)
病院などの名称 所在地及び連絡先	名称	◎◎病院	
	所在地	●●県■市▲町3-3-3 電話 0XX-123-4567	
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	① 普通
	昭島 昭島	支店	口座番号 1 2 3 4 5 6 7
	信組・農協	支	口座名義 (カタカナ)アキシマ ハナコ
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。			
令和3年10月25日			
(あて先) 昭島市		住所	昭島市 田中町1-17-1
		氏名	昭島 花子
医療証のオモテ面に書かれている氏名のかたの口座をご指定ください。(ゆうちょ銀行の場合は振込用口座番号)	検査	支払決定日	年 月 日
	医療証のオモテ面にかかれている氏名のかたの署名・押印	決定金額	シヤチハタ以外の「朱肉」を使う印鑑で押印してください。(押印は必ずしてください)