【ひとり親家庭等医療助成費支給申請書　記入例】

記入例

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に記入）

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。

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）

第９号様式（第20条関係）

㊔　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	昭島　太郎
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	被保険者証記号番号	記号 123 / 番号 12345678（枝番）
保険者番号	9876543	保険者名称	
対象者氏名	昭島　一郎	生年月日	平成○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	令和○年○月○日から　令和○年○月○日まで		
医療費総額（一部負担金等相当額）	円（　）		
病院などの名称所在地及び連絡先	名称 / 所在地		
申請の理由	1 都外で受診　2 医療証が届く　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 信組・農協　昭島 本店 支店	普通 当座	口座番号 1 2 3 4 5 6 7
	金融機関コード ＊ ＊ ＊ ＊　支店コード 1 2 3		口座名義（カタカナ） アキシマ　タロウ

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○年○月○日

住所　昭島市　△○町1丁目△－○

（宛先）昭島市長

氏名　昭島　太郎

備考 □１０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	

◎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。