ひとり親家庭医療費助成申請書

申請者記入欄

※二重線の枠内に黒のボールペン等で記入し、署名又は記名押印してください。
※記入のしかたは裏面をご覧ください。消えるボールペンで記入しないでください。

下野市長　様

令和　　年　　月　　日

受給資格者　　住　所　　下野市

氏　名　　㊞

電　話

受給資格者証記号番号			加入保険	被保険者氏名	
受診者	氏　名			保険証記号番号	
	生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日		保険者名称	下野市国保・国保組合 健康保険組合・共済組合 全国健康保険協会（　　）支部
一部負担金21,000円以上支払った家族の有無　（裏面参照）				有　・　無（※　　月診療）	

医療機関記入欄

※医療機関等が記入押印してください（レセプト１件１行、点数欄は右詰とし空欄は線を引いてください）。
※柔道整復師等（受領委任払い）は、点数に「円」をつけた保険診療合計金額で証明してください。

保　険　診　療　証　明　書　　受診者氏名（　　）

保険種類	自己負担割合	特定疾病療養受療証	限度額適用認定証等
国保・社保・その他	1・2・3割	有　・　無	ア・イ・ウ・エ・オ・多数

診療年月		保険診療合計点数				他法負担点数（法別番号）	備考（自己負担額等）
年	月	診療科等	入院・外来	日数	点　数		
			入・外			（　　）	
			入・外			（　　）	
			入・外			（　　）	
			入・外			（　　）	
			入・外			（　　）	
			入・外			（　　）	

年　　月　　日

医療機関等
所在地
名　称
氏　名　　㊞
電話番号

医療機関等コード

㊟領収書は、のりやテープで貼らないでください。

診療科	診療年月	保険診療合計点数	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	