

- [注] 1. 申請書は、医療機関(入院・外来・調剤別)、診療月、受診者ごとに作成してください。
2. 申請書は、診療月の翌月以降に提出してください。(こども家庭課または各出張所窓口)
3. 健康保険証、住所、氏名に変更がある場合は、必ず届け出てください。(こども家庭課)
4. 保険診療以外の医療については申請できません。
5. 一部負担金を負担した日(領収日)から1年を過ぎると請求できません。

記載例

様式第6号(第5条関係)

ひとり親家庭等医療費助成申請書(請求書)

〇〇年〇〇月〇〇日

小 城 市 長 様

申請者 住 所 小城市 三日月町長神田2312番地2
(受給者) 氏 名 小 城 花 子
電 話 0952-37-6107

次のとおり医療費の給付を受けたく申請します。

申請者記入欄

受給資格証番号	123456	加入 保 険	被保険者氏名	小 城 花 子
診療を受けた者 (助成対象者)	小 城 太 郎		保険証記号番号	小城 000000
生 年 月 日	〇〇年 〇〇月 〇〇日		保 険 者 名	小 城 市

医療機関等記入欄

保 険		額 (領 収) 証 明		
患 者 氏 名		診療を受けた者の「健康保険証」を参考に記入してください。		
診 療 月				
	入 院	入 院 外	歯 科	調 剤
保険診療総点数	点	点	点	点
公費負担点数	点	点		
保 険 診 療 一 部 負 担 額	円	円		
訪 問 看 護 利 用 料		円		

上記の金額を受領しました。

年 月 日

医療機関等 所在地
名 称
氏 名

印

小城市記入欄

給 付		決 定		額	
	総医療費	一部負担金額	高額療養費	付加給付額	一部負担金 (A)
保険診療	円	円	円	円	円
訪問看護 利 用 料	円	円	円	円	定額負担金 (B) 円
	計算①	計算②	入 力	チェック	給付額 (A - B) 円