

鹿児島県天城町長 殿

ひとり親家庭等医療費助成金支給申請書

申請者氏名		(受給資格者を記入ください) 印		(患者氏名と同一)	
申請者住所				氏名	
受給資格者番号				続柄	本人・子・その他()
加 入 保 険	保険者名			生年月日	昭・平・令 年 月 日生
	記号・番号				
	被保険者氏名	同上・その他()			

(ここまでは申請者本人が記入してください。)

医 療 機 関 等 記 載 欄	診 療 (調 剤) 報 酬 証 明					
	診 療 月	令和 年 月 分		患者氏名		
	区 分			一 部 負 担 金 受 領 額		
	入 院	点			円	
	外 来	点			円	
	うち他法制度負担分	点	傷病発生原因		第三者・その他	
	保険の種類	国保 ・ 政管 ・ 組合 ・ 共済 ・ 船員				
	上記のとおり一部負担金を受領しました。				令和 年 月 日	
	医療機関等		所在地			
			名称			
		氏名		印		

(上記太枠欄はお手数ですが、医療機関等が記入していただきますようお願いいたします。)

※ 処 理 欄	区 分	一部負担金 A	高額療養費 B	付加給付 C		支給額決定額 (A-B-C)
	入 院	円	円	円	円	円
	外 来	円	円	円	円	円
	計	円	円	円	円	円

- 注意**
- 1 助成金の支給申請は、診療を受けた月の翌月から起算して6ヶ月以内に行ってください。
 - 2 申請者は、記名押印に代えて署名することができます。

医療機関へのお願い

- この支給申請書は、ひとり親家庭医療費助成のため必要なものですので、ご協力をお願いします。
- 一部負担負担受領額欄は、差額ベッド代や食費等保険診療対象外の受領額は除いてください。