

ひとり親家庭医療費助成申請（請求）書

年 月 日

千早赤阪村長 様

申請者	住所		電話	
	氏名		対象者との続柄	

下記のとおり医療費の助成、一部負担額の償還を受けたいので、関係書類を添えて申請（請求）します。

対象者	受給者番号				
	住所	千早赤阪村大字			
	フリガナ		性別	男 ・ 女	
	氏名		生年月日	年 月 日	
加入医療保険	被保険者等氏名		記号・番号		
	保険者名	所在地 名称	認定日		年 月 日
	附加給付		有 ・ 無	保険者番号	
診療の内容					
受診した医療機関	所在地 名称				
診療の期間		年 月 日から 年 月 日まで（ ）日間			
診療に要した費用		円（領収書等を添付してください。）			
医療費申請の理由		1 大阪府外の医療機関で受診 2 医療証未交付中の受診 3 一部自己負担額の償還 4 その他（ ）			
口座振替	銀行		種別	普通 ・ 当座	
	支店		フリガナ		
	農協 ()		口座名義人		
村処 理 欄	総医療費	円	受付番号		
	保険者負担額	円	決定年月日		
	一部負担金	円	通知年月日		
	高額療養費	円	支給年月日		
	支給決定額	円	台帳整理		
	支払った一部自己負担額の合計	円	一部自己負担額償還決定額	円	
	供覧		係	受付	