

様式第5号(第4条関係)

高森町ひとり親家庭等医療費助成金申請書

年 月 日

高森町長 様

申請者 住所 高森町大字  
氏名

印

年 月分医療費の助成金給付を受けたく申請します。

申請者が記入する欄	申請額		円	加入医療保険	被保険者氏名	
	受給資格証 受記号番号				保険証記号番号	
	受診者 氏名				医療保険名	
	生年月日			同一世帯員で当該月に医療を受けた者の氏名		

医療機関等で記入する欄	診療(調剤)報酬証明 *入院時食事療養費を除く				
	診療月		年 月分	患者氏名	
	診療実日数	左の内入院日数	左記の金額を受領しました。		
	日	日	年 月 日		
	総診療点数	点	医療機関		
	診療報酬一部負担金受領額 (入院時食事療養費に係る定額負担金を除く。)		円	所在地 名称 氏名 印	
	調剤日数	日	左記の金額を受領しました。		
	調剤総点数	点	年 月 日		
調剤報酬一部負担金受領額		円	調剤薬局 所在地 名称 氏名 印		

市町村	給付決定額				
	医療費総額	高額療養費	附加給付額	一部負担金額	給付額
	円	円	円	円	円

※ 申請書提出の際は必ず受給資格証をご持参ください。