

三島村長 殿

ひとり親家庭等医療費助成申請書

申請者氏名				対 象 者	
申請者住所	鹿児島郡三島村大字			氏 名	
受給資格者証番号				続 柄	
加入保険	保険者名			生年月日	
	記号 番号			高額療養費	
	被保険者氏名				
振込指定金融機関	金融機関名			コ ー ド	
	口座種別			フリガナ	
	口座番号			口座名義人	

医療 機 関 記 載 欄	診療（調剤）報酬証明					
	診療月	年 月		患者氏名		
	区 分	医療保険対象総点数		一部負担金受領額		
	入 院	点		円		
	外 来	点		円		
				薬剤一部負担金 (外来)		
	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。					
	年 月 日					
医療機関等 所在地						
名 称						
氏 名						
印						

※ 処 理 欄	区分	一部負担金 A	高額療養費 B	附加給付 C		支給決定額 (A-B-C)
	入院	円	円	円	円	円
	外来	円	円	円	円	円
	薬剤負担金 (外来)	円	円	円	円	円
	計	円	円	円	円	円

注 申請者は、記入押印に代えて署名することができます。