

ひとり親家庭等医療費支給申請書

令和 年 月 日

宛先 古賀市長

申請者 住 所

氏 名

T E L ()

次のとおり、(一部負担金・療養費)を支払いましたので、ひとり親家庭等医療費の支給を申請します。

受給者番号			世帯主			
氏 名	続柄：		個人：			
	性別：		年 月 日生			
住 所	TEL					
被保険者氏 名	個人：		年 月 日生			
	性別：		年 月 日生			
住 所	TEL					
保険者番号	記 号	番 号				
種 別					保険有効日	
保 險 者					保険喪失日	
傷 病 名	療養期間	年 月 日から 年 月 日まで	給付の種類	1 医 科 2 歯 科 3 調 剤 4 その他		
医 療 機 関	所在地 名 称					
申 請 理 由 (該当番号を) (○で囲む)	1 医療保険各法による療養費が支給された 2 県外の保険医療機関等で受診した 3 その他 ()					
療養に要した 費 用	○ 医 療 費 総 額 円		○ 申 請 額 円			
保険者負担	一部負担金	高額療養費	他法負担	自己負担額	違 算	
				支 給 決 定 額		

振込先	金融機関名				支 店 支 所
	口座番号	普・当	フリガナ		
			口座名義人		

記入見本

今日の日付を記入してください。

※黄色の部分のみご記入ください。

請書

令和××年××月××日

宛先 古賀市長

申請書を記入する方の情報を
記入してください。

申請者 住所 古賀市駅東1丁目1番1号

氏名 古賀 花子

TEL 092 (942) 1194

次のとおり、(一部負担金・療養費)を支払いましたので、ひとり親家庭等医療費の支給を申請します。

受給者番号			世帯主		
氏名	古賀 花子	続柄:	個人:	年	月 日生
住所	古賀市駅東1丁目1番1号		TEL	092-942-1194	
被保険者氏名			個人:	年	月 日生
住所	ひとり親家庭等医療の受給者の情報を記入してください。				
保険者番号		記号		番号	
種別					保険有効日
保険者					保険喪失日
傷病名	療養期間	年 月 日から 年 月 日まで	給付の種類	1 医 科 2 歯 科 3 調 剤 4 その他	
医療機関	所在地 名 称				
申請理由 〔該当番号を〕 ○で囲む	1 医療保険各法による療養費が支給された 2 県外の保険医療機関等で受診した 3 その他 ()				
療養に要した 費 用	○ 医療費総額 円		○ 申請額		
保険者負担	一部負担金	高額療養費	他法負担	自己負担額	違 算 給 決 定 額
ひとり親家庭等医療の受給者の口座情報を 記入してください。					

ゆうちょ銀行の場合は、
「店番」を記入してください。
記入例：748

振込先	金融機関名	西日本シティ銀行		古賀	支店 支所
	口座番号	普・当	1234567	フリガナ コガ ハナコ	口座名義人 古賀 花子