

ひとり親家庭等医療費給付申請書

令和 年 月 日

かほく市長 様

申請者（父若しくは母又は養育者）

住 所 かほく市 _____

氏 名 _____ ㊟

電話番号 (_____ - _____ - _____)

下記のとおり給付を受けたいので、医療機関の領収書を添えて申請します。

対 象 者	氏 名		生年月日	年 月 日生
保 険 区 分	<input type="checkbox"/> 国民健康保険（かほく市） <input type="checkbox"/> 社会保険（協会けんぽ） <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 内にレ <input type="checkbox"/> 国民健康保険（組 合） <input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> その他（ ）			

裏面に領収書をのりで添付、又は下の領収書に医療機関の証明を受けて下さい。（2ヶ月分記入可）

ひとり親家庭等医療費領収書

患者氏名 _____

診療月	保険種別	入院・通院	日 数	保険診療点数	一部負担金の支払額
年 月	国保 社保	入院 通院	日	点	円

上記金額領収しました。 _____ 年 月 日

医療機関

住所（所在地）

氏名（名 称） _____ ㊟

電話番号

ひとり親家庭等医療費領収書

患者氏名 _____

診療月	保険種別	入院・通院	日 数	保険診療点数	一部負担金の支払額
年 月	国保 社保	入院 通院	日	点	円

上記金額領収しました。 _____ 年 月 日

医療機関

住所（所在地）

氏名（名 称） _____ ㊟

電話番号