

様式第 7 号（第8条関係）

|                      |           |        |  |                  |       |  |  |
|----------------------|-----------|--------|--|------------------|-------|--|--|
|                      |           | 受付年月日  |  | 年 月 日            |       |  |  |
| ひとり親家庭等医療費助成申請書（請求書） |           |        |  |                  |       |  |  |
| あわら市長 様              |           |        |  |                  |       |  |  |
| 年 月 日                |           |        |  |                  |       |  |  |
| 住 所<br>受給者（居 所）あわら市  |           |        |  |                  |       |  |  |
| (保護者)<br>氏 名         |           |        |  |                  |       |  |  |
| 次のとおり領収証明書を添えて申請します。 |           |        |  |                  |       |  |  |
| 受<br>診<br>者          | 医 療 証 番 号 |        |  | 医<br>療<br>保<br>険 | 名 称   |  |  |
|                      | 氏 名       |        |  |                  | 記号・番号 |  |  |
|                      | 生 年 月 日   | 年 月 日生 |  |                  |       |  |  |

※太枠の中のみ記入してください。

|                           |                 |                     |       |
|---------------------------|-----------------|---------------------|-------|
| 領 収 証 明 書<br>( 年 月分) ( 科) |                 |                     |       |
| 入 院 ・ 外 来 区 分             | 1 入院 2 外来       | 診療実日数               | 日     |
| 保 険 診 療 総 点 数             | 点               |                     |       |
| 保 険 診 療 一 部 負 担 金         | 円               |                     |       |
| 自 己 負 担 割 合               | 1 割 ・ 2 割 ・ 3 割 |                     |       |
| 入院時食事療養費<br>一部負担金         | 日               | 円                   |       |
| (受診者)                     |                 | 住所<br>医療機関 名称<br>氏名 | 年 月 日 |
| 様                         |                 |                     | 印     |

- (注)① 上部申請書欄は、申請者が記入してください。
- ② 点数及び金額は、保険診療の対象分のみ記入してください。
- ③ 診療月から1年以内に提出してください。

|           |             |           |           |          |          |            |           |
|-----------|-------------|-----------|-----------|----------|----------|------------|-----------|
| 診 療 月     | 医 療 機 関 番 号 | 府 県 表     | 地 区       | 番 号      | 科 目      | 入 外        |           |
|           |             |           |           |          |          |            |           |
| A<br>総医療費 | B<br>本人負担   | C<br>附加給付 | D<br>高額医療 | E<br>他負担 | F<br>助成額 | G<br>食事療養費 | H<br>総支給額 |
|           |             |           |           |          |          |            |           |