



ひとり親家庭等医療費助成金申請・請求書

令和 年 月 日

上天草市長 様

申請者 住所：熊本県上天草市

氏名： 印

電話：

下記のとおり、 年 月分医療費の助成を申請・請求します。

Table with 4 columns: 申請・請求者 (受給資格者証記号番号, 氏名, 生年月日), 加入保険 (被保険者氏名, 保険証記号番号, 保険名)

Main table for medical fee reimbursement with columns for 診療月, 年, 月, 患者氏名, 診療日数, 総点数, 点, 定率一部負担金, 薬剤一部負担金, 円. Includes sections for 医療機関 and 調剤薬局.

医療機関領収証の添付部分（のりづけ／ホッチキスなど）

Summary table with columns: 市町村記入欄, 医療費総額, 保険者負担額, 一部負担金, 高額医療費, 付加給付額, 自己負担額, 助成額. Rows for 入院, 通院, 調剤.

(注1) 医療保険各法の規定に基づき、高額医療費の支給を受けることができる場合は、高額医療費支給決定通知書を添付してください。
(注2) 太字と太枠の中をご記入下さい。