

ひとり親家庭等医療費支給申請書

令和 年 月 日

太宰府市長 様

申請者 住 所

氏 名

電 話

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。

ひとり親家庭等医療証の受給者番号		被保険者証等の記号・番号	
申請対象者 (児) 氏名	保険者名称		
	世帯主 被保険者等名氏		
生年月日			
傷病名	療養期間 年 月 日から 年 月 日まで		
	所在地		
医療機関	名称		
医療費総額	円	申請額	円
申請理由 該当する番号 を○で囲む	1. 医療保険各法による療養費が支給された 2. 県外の医療機関等で受診した 3. その他 ()		
振込先	銀行名	銀行・農協・信用金庫	
	支店名	本店・支店・出張所	
	口座番号	普通・当座	
	フリガナ 名義人		
☐ 前回と変更なし			