

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

振込先名義人の住所、氏名、
電話番号を記入

申請者

住 所

氏 名

電 話

受診された方の医療証情報、
氏名、生年月日のみ記入

※その他記入しないでください

次のとおり、（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	
生年月日		世帯主被保険者等氏名	
傷病名	療養期間 年 月 日から 年 月 日まで		
医療機関	所在地		
	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 2. 県外の医療機関 3. その他（ ） 振込先の金融機関、支店名、口座番号、普通・当座の別、名義人をもれなく記入 ※名義人のフリガナを必ず記入		
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			