△

ひとり親家庭医療費助成申請書

申請者記入欄　※太線の枠内のみ記入し、押印してください。

令和　　年　　月　　日

野木町長 様

受給資格者（申請者）　住所　野木町大字

氏名　　印

電話

受給者番号			加入保険	被保険者氏名									
				保険証記号番号									
受診者	氏名			保険者	番号								
	生年月日	年　月　日			名称								
振込先	新規・振込先変更の場合は記入してください。 銀行　支店　預金種別　普通・当座 (ﾌﾘｶﾞﾅ) 口座名義　口座番号												
一部負担金２万１千円以上支払った家族の有無												有・無	

（注）高額療養費及び附加給付に該当したときは、当該支給決定通知書又はその写しを添付してください。

※診療月には申請できません。翌月の初日から1年以内に申請してください。

医療機関記入欄

保険診療証明書

保険種類	国保・社保・その他	自己負担割合　１・２・３割	特定疾病療養受療証の有無　有・無

診療年月		保険診療合計点数			他法負担点数	備考
年	月	入院日数	入院点数	外来点数		

令和　　年　　月　　日

医療機関等　所在地

名称

氏名　　印

助成内容	保険診療合計金額	一部負担額	控除額の内訳					医療費助成額
			他法負担額	高額療養費	附加給付額	自己負担控除額	控除額計	
	円	円	円	円	円	円	円	円