

ひとり親家庭医療費支給申請書

受給者番号				受診者			
健康 保 険 証	被保険者氏名			生年月日	昭・平	年	月 日
	保険者名称						
	記号			番号			
医療機関		所在地					
		名称					
診療の期間		平成 年 月 日から	平成 年 月 日		日間		
		平成 年 月 日まで	日間		コルセット装着		
請求の額		円					
診療の内容		1. 医科(入院) 2. 医科(通院) 3. 歯科 4. 調剤 5. 看護 6. 移送 7. 補装具(コルセット) 8. その他()					
申請の理由							
上記のとおり医療に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。							
平成 年 月 日							
住所 藤井寺市 丁目 番 号							
氏名 印 電話							
藤井寺市長 殿							
振込先		銀行	1. 普通	口座番号			
		支店	2. 当座	名義人(かか)			
請 求 書	金額	円也					
	平成 年 月 日						
	上記のとおり医療に要した費用を請求します。						
住所 藤井寺市 丁目 番 号							
氏名 印							
藤井寺市長 殿							
市 処 理 欄	総医療費	円	受付番号				
	保険者負担額	円	決定年月日	H	.	.	
	一部負担金	円	支給年月日	H	.	.	
	医療費支給額(A)	円	備考				
	入院時食事療養費(B)	円					
支給決定額(A+B)	円						