

むつ市ひとり親家庭等医療費給付申請書

年 月 日

むつ市長 様

〒 -
 ※申請者 住所 むつ市
 氏名 印
 電話番号 ()

医療費の給付を受けたいので、次のとおり医療機関の領収書を添えて申請します。

受診者氏名		生年月日		資格証番号	
男女		年月日		むつ市第 号	
保険区分	政・組・船・共・国	保険証記号番号		付加給付	有・無
過去1年間の高額療養費受給回数		回	同一个月内世帯合算対象回数	回	
受診年月	領収書枚数			受付チェック欄	
	病院・医院分	歯科医院分	調剤薬局分		
年 月	枚	枚	枚	□	
年 月	枚	枚	枚	□	
年 月	枚	枚	枚	□	
年 月	枚	枚	枚	□	
合計	枚	枚	枚	□	

領収書が添付できない場合は、こちらへ証明を受けてください。

保険医療機関証明欄	保険医療総点数	□入院 □外来	点(円)	公費	有・無	一部負担受領額	円
	年 月分として上記のとおり受領したことを証明する。 年 月 日 医療機関等の所在地・名称 院長氏名 印						

- 備考
- 1 医療費の給付対象は、「ひとり親家庭等医療費受給資格証」に記載してある受給者となります。
 - 2 請求期間は、診療月の翌月から1年以内です。
 - 3 ※印及び太枠内は、申請者が記入してください。
 - 4 申請者本人が署名する場合は、押印の必要はありません。

処理	確認	台帳	入力