

- [注] 1. 申請書は、医療機関（入院・外来・調剤別）、診療月、受診者ごとに作成してください。  
 2. 申請書は、診療月の翌月以降に提出してください。（社会福祉課または各出張所窓口）  
 3. 健康保険証、住所、氏名に変更がある場合は、必ず届け出てください。（社会福祉課）  
 4. 保険診療以外の医療費については助成できません。  
 5. 一部負担金を負担した日（領収日）から1年を過ぎると請求できません。

様式第6号（第5条関係）

## ひとり親家庭等医療費助成申請書（請求書）

年 月 日

小城市長 様

申請者 住 所 小城市

(受給者) 氏 名

㊞

電 話

次のとおり医療費の給付を受けたく申請します。

### 申請者記入欄

受給資格証番号		加 入 保 険	被保険者氏名	
診療を受けた者 (助成対象者)			保険証記号番号	
生 年 月 日	年 月 日		保 険 者 名	

### 医療機関等記入欄

保 険 診 療 額 (領 収) 証 明				
患者氏名				
診 療 月	年 月分 (入院がある場合は入院日数 日)			
	入 院	入 院 外	歯 科	調 剤
保険診療総点数	点	点	点	点
公費負担点数	点	点	点	点
保 険 診 療 一 部 負 担 額	円	円	円	円
訪 問 看 護 利 用 料		円		
上記の金額を受領しました。 年 月 日 医療機関等 所在地 名 称 氏 名 ㊞				

### 小城市記入欄

給 付 決 定 額					
	総医療費	一部負担金額	高額療養費	付加給付額	一部負担金 (A)
保険診療	円	円	円	円	円
訪問看護 利用料	円	円	円	円	定額負担金 (B) 円
	計算①	計算②	入 力	チェック	給付額 (A - B)
					円