

受付 場所	本庁	八本松	高屋	志和	安芸津
	黒瀬	豊栄	福富	河内	

ひとり親家庭等医療費支給申請書 (償還払分)

対象者 (受診者)	住所：〒 東広島市					公費負担者番号				
	氏名：					92340587				
	生年月日： S・H・R 年 月 日					受給者番号				
対象者の 加入保険	保険者番号					記号 () 番号 ()				
	被保険者氏名 () 対象者との続柄：本人・父・母・その他 ()									
振込先	銀行・農協 信用金庫 信用組合	本店 支店 支所		普通 ・ 当座	口座番号 (右づめ)					
	口座名義 (カタカナ)：					※申請者と異なる場合は、委任状が必要です。				
上記のとおり申請します。 <input type="checkbox"/> 対象者住所と同じ。										
令和 年 月 日			申請者 (受給者証の筆頭者名)		住所 フリガナ					氏名
東広島市長 様					電話番号 ()					-

※医療機関等証明欄		診療報酬領収証明書								
氏名		平成・令和 年 月 診療				入院・入院外				
		診療日数 日				医科・歯科・調剤・その他				
		保険医療総医療費 (総点数×10)				領収額				
合計 (薬剤一部負担金含む。)						円				
(再掲)	入院外 1日目					円				
	入院外 2日目					円				
	入院外 3日目					円				
	入院外 4日目					円				
	入院外 5日目以降計					円				
上記のとおり証明します。										
		医療機関等				所在地 名称 氏名				

- 注1 この申請書は、医療機関等で現金を支払った場合に使用するものです。
 2 申請書の上段の欄は、申請者が記入してください。
 3 中段の診療報酬領収証明書の欄は、医療機関等で記入してもらってください。

ここから下は記入しないで下さい。

※審査決定	総医療費 A	保険給付額 B	他公費負担額 C	一部負担金額 D	支給決定金額 E E=A-(B+C+D)
	円	円	円	円	円
	<input type="checkbox"/> (国保・社保) 治療用器具 <input type="checkbox"/> (国保・社保) 高額療養費 <input type="checkbox"/> その他：				