

受付 場所	本庁	八本松	高屋	志和	
	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 支 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。 ☐ 対象者住所と同じ。														
令和 年 月 日							申 請 者	住 所						
							(受給者証の筆頭者名)	フリガナ						
東広島市長 様								氏 名						
								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				円				
(再掲)	入院外 1日目									円				円				
	入院外 2日目									円				円				
	入院外 3日目									円				円				
	入院外 4日目									円				円				
	入院外 5日目以降計									円				円				
令和 年 月 日																		
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	
	☐ (国保・社保) 治療用装具 ☐ (国保・社保) 高額療養費 ☐ その他：									