

むつ市ひとり親家庭等医療費給付申請書

令和 年 月 日

むつ市長 様

〒 \_\_\_\_\_  
 ※申請者 住所 むつ市  
 氏名 \_\_\_\_\_  
 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		受給資格番号	
		昭和 平成 令和	年 月 日		
保険区分	協・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		
令和 年 月	枚	枚	枚	□	
令和 年 月	枚	枚	枚	□	
令和 年 月	枚	枚	枚	□	
令和 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	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	点(円)	公費	有・無	一部負担受領額	円
	令和 年 月分として上記のとおり受領したことを証明する。 令和 年 月 日 医療機関等の所在地・名称 院長氏名						

- 備考
- 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。
  - 請求期間は、診療月の翌月から1年以内です。
  - ※申請者名は、申請者本人が署名してください。
  - 太枠内は、申請者が記入してください。

処理	確認	台帳	入力