

ひとり親家庭等医療費給付申請書

令和 年 月 日

かほく市長 様

申請者（父若しくは母又は養育者）

住 所 かほく市

氏 名

電話番号 (-)

下記のとおり給付を受けたいので、医療機関の領収書を添えて申請します。

対 象 者	氏 名		生 年 月 日	昭和 平成	年 月 日
保 険 区 分	☐ 国民健康保険（かほく市） ☐ 社会保険（協会けんぽ） ☐ 共済組合				
☐ 内にレ	☐ 国民健康保険（組 合） ☐ 健康保険組合 ☐ その他（ ）				

裏面に領収書をのりで添付、又は下の領収書に医療機関の証明を受けて下さい。（2ヶ月分記入可）

ひとり親家庭等医療費領収書					
患者氏名					
診療月	保険種別	入院・通院	日 数	保険診療点数	一部負担金の支払額
年 月	国保 社保	入院 通院	日	点	円
上記金額領収しました。					
令和 年 月 日					
医療機関					
住所（所在地）					
氏名（名 称）					
電話番号					

ひとり親家庭等医療費領収書					
患者氏名					
診療月	保険種別	入院・通院	日 数	保険診療点数	一部負担金の支払額
年 月	国保 社保	入院 通院	日	点	円
上記金額領収しました。					
令和 年 月 日					
医療機関					
住所（所在地）					
氏名（名 称）					
電話番号					