ひとり親家庭医療

医療費助成申請書 (償還払い用)

島本町長様

申請者住所 島本町

氏名

電話

次のとおり医療費の支給を申請しますので、下記金融機関の口座に振り込んでください。
 なお、添付する領収証書の保険点数について医療機関に、付加給付等について加入している健康保険の保険者に照会することに同意します。

年 月分・領収書枚数 (枚)		健康保険証 ☐ 本人 ☐ 家族	記号番号	—	
受給者	氏名	☐ 申請者と同じ ☐ その他(島本町_____)	保険者番号		
	住所		医療証の受給者番号		
振込先金融機関	銀行・信用金庫・農協		フリカナ		
	本店・支店・本所		口座名義		
預金種別		普通・当座	口座番号		

※添付書類：医療機関発行の領収証書（受診された方の氏名・保険点数・診療日数が入ったもの）

★支給決定欄（この欄は、町が記入します。）

種別	受診時期	日数	医療費総額	自己負担額 (給付率 %)	一部自己負担金	高額療養費 (附加給付)	支給決定額
0:入院 1:医科 3:歯科 4:調剤 5:補装具 6:2500円超	年 月 日 ~ 年 月 日						
0:入院 1:医科 3:歯科 4:調剤 5:補装具 6:2500円超	年 月 日 ~ 年 月 日						
0:入院 1:医科 3:歯科 4:調剤 5:補装具 6:2500円超	年 月 日 ~ 年 月 日						
0:入院 1:医科 3:歯科 4:調剤 5:補装具 6:2500円超	年 月 日 ~ 年 月 日						
0:入院 1:医科 3:歯科 4:調剤 5:補装具 6:2500円超	年 月 日 ~ 年 月 日						
0:入院 1:医科 3:歯科 4:調剤 5:補装具 6:2500円超	年 月 日 ~ 年 月 日						
0:入院 1:医科 3:歯科 4:調剤 5:補装具 6:2500円超	年 月 日 ~ 年 月 日						
0:入院 1:医科 3:歯科 4:調剤 5:補装具 6:2500円超	年 月 日 ~ 年 月 日						
0:入院 1:医科 3:歯科 4:調剤 5:補装具 6:2500円超	年 月 日 ~ 年 月 日						
計							