

豊見城市母子及び父子家庭等医療費助成金支給申請書

豊見城市長 殿

令和 年 月 日

対 象 者	フリガナ		受給者番号		
	氏 名				
	生年月日	S・H・R 年 月 日生			
受給資格者	フリガナ		電話番号		
	氏 名	印	— —		
	住 所				
加入医療保険の名称		1. 豊見城市（国民健康保険） 2. 全国健康保険協会（ ）支部 3. （ ）共済組合 4. （ ）健康保険組合 5. その他（ ）			

※ 上記太枠線中のみ 記入ください。

医 療 機 関 等 の 証 明		1		2		3		4			
		医科		歯科		薬剤		その他			
診 療 年 月 日	年 月分	医療保険対象者の総点数及び本人一部負担金の額(ビン代、消費税等保険適用外の費用は除いてください。)							1	2	
	※診療日を 表示してく ださい。	総 点 数	十 万	万	千	百	十	老	点	入 院	外 来
		本人一部 負担金の額							円	の 区 分	1 課税 2 非課税 3 課税(世帯合算) 4 非課税(世帯合算)
年 月 日									高 額 療 養 費		
医療機関等の所在地・名称・開設者氏名									円		
									付 加 金 等 控 除 額		
									円		
									交 付 決 定 額		
									円		