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	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.全国健康保険協会沖縄支部 3.（　　）共済組合 4.（　　）健康保険組合 5.その他（　　）			

※上記太枠線中のみ、記入してください。

医療機関等の証明										1 医科 2 歯科 3 薬剤 4 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 入院 2 外来	
	※診療日を表示してください。	総点数	十万	万	千	百	十	壱	点	課税及び非課税の区分	1 課税 2 非課税 3 課税（世帯合算） 4 非課税（世帯合算）
		本人一部負担金の額							円		

年　月　日 医療機関等の所在地・名称・開設者氏名	高額療養費
	円
	付加金等控除額
	円
	交付決定額
	円