

記入例

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

送付日

令和 元 年 11 月 11 日

受診者

対象者	フリガナ	トヨミ コタロウ			受給者番号	2602941018
	氏名	豊美 小太郎				
	生年月日	S・ <u>H</u> ・R 15 年 8 月 23 日生				
受給資格者	フリガナ	トヨミ ツギオ			電話番号	●●●● - ●●●● - ●●●●
	氏名	豊美 次男 豊美 印				
	住所	豊見城市字宜保1-2-3 (201)				
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 ()				

緑の受給資格者証の右上にある番号です

※ 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 入院	2 外来				
	※診療日を表示してください。	総点数	十	万	千	百	十	点	の区分 課税及び非課税	1 課税	2 非課税
		本人一部負担金の額						円		3 課税(世帯合算)	4 非課税(世帯合算)
年月日						高額療養費			円		
医療機関等の所在地・名称・開設者氏名						付加金等控除額			円		
						交付決定額			円		