

令和 年 月 日

南九州市長 様

ひとり親家庭等医療費助成申請書

申請者氏名				受給資格者	
申請者住所		南九州市(穎娃・知覧・川辺)町		氏名	
受給資格者証番号					
加入保険	保険者名			生年月日	
	記号番号			高額療養費	
	被保険者氏名				
振込指定金融機関	金融機関名			コード	
	口座種別			フリガナ	
	口座番号			口座名義人	

医療機関記載欄	診療(調剤)報酬証明				
	診療月	令和 年 月分		患者氏名	
	区分	医療保険対象総点数		一部負担金受領額	
	入院	点		円	
	外来	点		円	
				証明手数料	円
	うち他法制度負担分		点	傷病発生原因	第三者・その他
	保険の種類	国保 協会けんぽ 組合 共済 船員			
	上記のとおり一部負担金を受領しました。 令和 年 月 日 医療機関等 所在地 名称 氏名 印				

処理欄	区分	一部負担金 A	高額療養費 B	付加給付 C	証明手数料 D	支給決定額 (A-B-C)+D
	入院	円	円	円	円	円
	外来	円	円	円	円	円
	計	円	円	円	円	円