

様式第9号（第20条関係）

市受付印
受付者

（親）ひとり親家庭等医療助成費支給申請書

あきる野市長 殿

下記のとおり、領収書を添えて医療費の助成を申請します。なお、付加給付がある場合は申し出ます。支給額は、下記口座に振り込んでください。また、この届出項目が、電子計算組織に記録されることを了承します。 _____年 ____月 ____日申請

記

ひとり親医療証の記載内容														
医療証番号	負担者番号							受給者番号						
対象者氏名								生年月日	年 月 日					
保護者氏名								住 所						
ひとり親の加入医療保険の内容														
保険の種類	1 国保 4 共済	2 組合 5 その他（ ）	3 協会	世帯主組合員 被保険者氏名										
被保険者等記号番号				(枝番)										
保険者番号							保険者名称							
申 請 内 容														
申 請 種 類	1 一般 5 補装具	2 歯科 6 養育医療	3 薬剤 7 小児慢性	4 看護 8 その他（ ）										
入 院 ・ 入 院 外 の 別	1 入院 2 入院外													
申 請 の 理 由	1 都外の病院等での診療 2 医療証を持っていなかった。 3 補装具の費用			4 小児慢性負担金 5 養育医療負担金 6 その他（ ）										
添 付 書 類	1 領収書（ 枚） 2 療養費支給決定通知書 3 医師の診断書（補装具の場合）			4 医療券の写し（小児慢性の場合） 5 養育医療納入領収書（養育医療の場合） 6 その他（ ）										
振 込 先														
金融機関名	銀行・信用金庫 農協・信用組合						支店名	支 店 出張所						
金融機関コード							支店コード							
口座種別	普通・当座・貯蓄		口座番号											
口座名義（医療証の保護者名義に限る。）							カタカナで記入してください。							
連絡先電話番号（振込不能等の場合に連絡できるところ。携帯可）							()							

職 員 記 入 欄			
不足書類	<input type="checkbox"/> 振込先口座	<input type="checkbox"/> 医師の診断書	<input type="checkbox"/> その他（ ）
	<input type="checkbox"/> 療養費支給決定通知書	<input type="checkbox"/> 医療券の写し（小慢）	
連絡事項			
支給決定額			

※領収書原本の添付が必要です。

記入例

様式第9号（第20条関係）

市受付印

受付者

（親）ひとり親家庭等医療助成費支給申請書

あきる野市長 殿

下記のとおり、領収書を添えて医療費の助成を申請します。なお、付加給付がある場合は申し出ます。支給額は、下記口座に振り込んでください。また、この届出項目が、電子計算組織に記録されることを了承します。 年 月 日申請

記

ひとり親医療証の記載内容													
医療証番号	負担者番号						受給者番号						
	8	1	1	3	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇		
対象者氏名	秋川 太郎						生年月日	令和〇〇年 〇〇月 〇〇日					
保護者氏名	秋川 花子						住所	あきる野市二宮350番地					
ひとり親の加入医療保険の内容													
保険の種類	①国保 2 組合 3 協会 4 共済 5 その他（ ）						世帯主組合員 被保険者氏名	秋川 花子					
被保険者等記号番号		〇〇〇〇〇〇〇〇 （枝番） 〇〇											
保険者番号		1 3 8 4 9 5				保険者名称	あきる野市						
該当するものに○をしてください。		申 請 内 容											
申請種類	① 一般 2 歯科 3 薬剤 4 看護 5 補装具 6 養育医療 7 小児慢性 8 その他（ ）												
入院・入院外の別	1 入院 ② 入院外												
申請の理由	1 都外の病院等での診療 4 小児慢性負担金 ② 医療証を持っていなかった。 5 養育医療負担金 3 補装具の費用 6 その他（ ）												
添付書類	① 領収書（ 枚） 4 医療券の写し（小児慢性の場合） 2 療養費支給決定通知書 5 養育医療納入領収書（養育医療の場合） 3 医師の診断書（補装具の場合） 6 その他（ ）												
振 込 先													
金融機関名	銀行 信用金庫 農協・信用組合						支店名	支店 出張所					
金融機関コード	〇〇〇〇						支店コード	〇〇〇					
口座種別	普通 当座・貯蓄		口座番号				1	2	3	4	5	6	7
口座名義（医療証の保護者名義に限る。）							カタカナで記入してください。 アキガワ ハナコ						
連絡先電話番号（振込不能等の場合に連絡できるところ。携帯可）							042（558）1111						

職 員 記 入 欄		
不足書類	<input type="checkbox"/> 振込先口座 <input type="checkbox"/> 療養費支給決定通知書	<input type="checkbox"/> 医師の診断書 <input type="checkbox"/> 医療券の写し（小慢） <input type="checkbox"/> その他（ ）
連絡事項		
支給決定額		