

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 機械	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 機械の費用	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 (機械の場合)	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	□ 振込先口座 □ 療養費支給決定通知書		□ 医師の診断書 □ 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	○	○	○	○	○	○
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	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 (枝番) 〇〇									
保険者番号	138495			保険者名称		あきる野市				
該当するものに○をしてください。										
申請種類	申請 内 容									
入院・入院外の別	(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() (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	0000				支店コード	000				
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"/> 医師の診断書 <input type="checkbox"/> その他()			
連絡事項				
支給決定額				