

ひとり親家庭等医療助成費支給申請書

受診者	氏名					医療証番号	負担者番号																			
	生年月日	年	月	日		受給者番号																				
	保険の種類	国保　国組　組合　協会　日雇　船員　共済　後期																								
	被保険者記号					被保険者番号																				
	保険者名					保険者番号																				
申請内容	申請の種類	一般　歯科　薬剤　看護　補装具　高額医療費　その他（　　）																								
	入院・外来の別	入院　　外来																								
	診療月	年	月	診療分																						
	支給申請額（一部負担金等）					円															円					
	申請の理由	1 東京都外の病院等だった　　　　　　　　3 高額医療費の支給事由に該当した 2 当制度の対象外の病院等だった　　　　　4 その他（　　）																								
振込先	金融機関					銀行 信用金庫 信用組合					支店	預金種別	普通当座貯蓄													
	口座番号										口座名義人（カナ氏名）	（申請者の口座）														
上記のとおり、ひとり親家庭等医療費助成制度の医療助成費の支給を申請します。 なお、支給決定後は上記の口座に振り込んでください。																										
目黒区長　あて																	年	月	日							
住所 _____																										
電話 _____																										
申請者氏名 _____																										

（注意）
必要事項が記載されていない領収書などでは受付できません。
診療月ごとに申請書が必要です。
※印欄は記入しないでください

受付日	担当	領収書	支給決定額
※	※	※ 枚	※ 円