

ひとり親家庭等医療助成費支給申請書

受診者	氏名	目黒 青葉						医療証 番号	8	1	1	3	x	x	x	x
	生年月日	昭和60年 1月 1日						受給者 番号	9	9	9	9	9	9	9	
	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	123						被保険者 番号	4567							
	保険者名	●●健康保険組合						保険者番号	1	1	1	1	1	1	1	1
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	令和元年 5月 診療分														
	支給申請額 (一部負担金等)	() 円														
	申請の理由	1 東京都外の病院等だった 2 当制度の対象外の病院等だった 3 高額医療費の支給事由に該当した 4 その他 ()														
振込先	金融機関	◆◆◆ 銀行						信用金庫	▲▲▲▲ 支店						預金 種別	普通 当座 貯蓄
	口座番号	1	1	1	1	1	1	口座名義人 (カナ氏名)	メグロ アオバ							
<p>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。</p> <p style="text-align: right;">令和元年 6月 1日</p> <p>目黒区長 あて</p> <p style="text-align: right;">住所 目黒区上目黒2-19-15-111</p> <p style="text-align: right;">電話 03-3715-1111</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名 目黒 青葉</p> <p style="text-align: right;">(目黒)</p> <p>申請者の押印が必要です。印は朱肉を使うものを使用してください。簡易スタンプ印は使用できません。</p>																

(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