

ひとり親家庭等医療費支給申請書

次のとおり(一部負担金・療養費)を支払いましたので、ひとり親家庭等医療費の支給を申請します。
 なお、支給金額の審査について、必要な公簿確認をすることに同意します。

宗像市長 あて

令和 年 月 日

申請者(本人または保護者)

住所 宗像市

氏名

電話番号(- -)

医療証の 受給者番号				健康保険証等の 記号・番号	宗像市国保・医保・後期		
				記号	番号		
受給者氏名、 生年月日	(年 月 日)			健康保険証 加入者氏名 (被保険者・組合員・ 国保世帯主等)、 生年月日	(年 月 日)		
申請理由	<input type="checkbox"/> 県外の医療機関等での受診 <input type="checkbox"/> 他優先公費との差額 <input type="checkbox"/> 療養費の支給(国保・医保・後期) <input type="checkbox"/> 補装具(国保・医保・後期) <input type="checkbox"/> 医療証の未提示・交付前受診 <input type="checkbox"/> その他()						
診療種別	医科・歯科・調剤・訪問看護・その他(療養費/補装具)・その他(柔整)・特定疾病						
診療年月、日数	平・令 年 月 (日間)	入院外来	入院・外来				
医療機関	所在地						
	名称						
医療費総額	円		他公費	円			
負担割合	1割・2割・3割・他		高額療養費	円			
一部負担金	円		自己負担限度額	円			
支払金額	円		調整額	円			
支給金額			円				
振込先口座	銀行名	支店名	口座番号(右詰で記入)		種別		
	銀行 信用金庫 信用組合 農協 漁協	本店 支店 出張所			普通・当座		
	名義(※カタカナで通帳どおり記入)						
添付書類	<input type="checkbox"/> 明細がわかる領収書(補装具は「医証」「見積書」「請求書」も必要) <input type="checkbox"/> 療養費支給証明書または支給決定通知(高額療養費・付加給付、医保療養費) <input type="checkbox"/> その他()						
国保税充 備考	ひとり親家庭等医療費支給額を、以下の未納分の税に充当することを承諾します。					保変	なし 受付
	<input type="checkbox"/> 国保税の最古の未納分、または収税課指定分から納付 <input type="checkbox"/> その他()					受付	
	<input type="checkbox"/> 領収書の返却を希望します。(支給決定時に同封)					他公費	なし あり
						入力	
					チェック		

※ 太枠内のみご記入ください。