

領収書の人（病院に行った人）を
書く。続柄は 本人 又は 子

ひとり親家庭等医療費助成申請書

フリガナ	イブスキ タロウ			電話番号 (090) 1234 - 4321		
申請者氏名	指宿 太郎			対象者		
申請者住所	指宿市 十町2424			フリガナ	イブスキ ハナコ	
受給資格者証番号	12345			氏名	指宿 花子	
加入 保 険	保険者名	指宿市			続柄	子
	記号番号	指国保	番号	1234567	生年月日	昭・西・令 24. 2. 4
	被保険者名	指宿 太郎				

領収書原本提出の場合、証明は必要ありません。

診療（調剤）報酬証明					
医 療 機 関 記 載 欄	診療月	令和 年 月分	患者氏名		
	区分	医療保険対象総点数			一部負担金受領額
	入院		点		円
	外来		点		円
	療養費		円		円
	訪問看護療養費		円		円
	うち他方制度負担金		点		
	保険の種類	国保・政管・組合・共済・船員		傷病発生原因	第三者・その他
※診療月、患者氏名は記入漏れがないようお願いします。					
上記のとおり一部負担金を受領しました。					
令和 年 月 日					
(領収書がない場合 医療機関の証明で提出できます。手数料必要の場合があります。)					
医療機関等		所在地			
		名称			
		氏名		㊟	

※ 処 理 欄	区分	一部負担金 A	高額療養費 B	附加給付 C	支給決定額 (A-B-C)
	入院	円	円	円	円
	外来	円	円	円	円
	療養費	円	円	円	円
	訪問看護療養費	円	円	円	円
	計				