

# ひとり親家庭等医療費 一部負担限度額差額給付申請書

受給資格者番号		診療年月	
受給資格者名		生年月日	
加入保険者名			
被保険者証の記号・番号			

病院・診療所・薬局等の名称 所在地	入外	療養を受けた期間 傷病名	総医療費 窓口支払額
		から 日間	
		から 日間	
		から 日間	
		から 日間	
		から 日間	
		から 日間	
		から 日間	
		から 日間	

※上記の欄が足りない場合は（継紙）に記入してください。

計	(A)	
---	-----	--

負担割合	所得区分

償還高額医療費	(B)	円
単県公費一部負担上限額(月額)	(C)	円
支給額	(A)-(B)-(C)	円

上記のとおり、医療費の給付を申請します。  
 なお、受給資格の確認に必要な場合、公簿により所得を確認されることを承認します。

令和 年 月 日

新見市長 殿

申請者 住所

電話番号

氏名

受給資格者との続柄

振込指定 金融機関	名称		支店・支所	
	種別		フリガナ	
	口座番号		口座名義人	

※病院・診療所・薬局等の領収書を、この申請書に添付して下さい。



