

# 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	入外	療養を受けた期間	総医療費
所在地		傷病名	窓口支払額
		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。



