

奄美市長 殿

## ひとり親家庭医療費助成金支給申請書

受給資格者氏名	(印)	(患者氏名と同一) <b>対 象 者</b>	
受給資格者住所	奄美市 町 番 号	氏 名	
受給資格者証番号		続 柄	本人・子・その他( )
加入保険	保険者名	奄美市・協会けんぽ・他( )	
	記号・番号	-	
	被保険者氏名	生年月日	年 月 日生
	同上・その他( )		

(ここまでは、受給資格者本人が記入ください)

医療機関記載欄	診 療 ( 調 剤 ) 報 酬 証 明			
	診 療 月	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	
	うち他法制度負担分	点		
	傷 病 発 生 原 因	第三者・その他	保険の種類	国保・協会けんぽ・組合・共済・船員
	上記のとおり一部負担金を受領しました。		令和	年 月 日
	医療機関等 所在地			
	名 称			
氏 名		(印)		

(上記太枠欄はお手数ですが、医療機関等が記入していただきますようお願いいたします。)

※奄美市処理欄	区 分	一部負担金 A	高額医療費 B	付加給付 C	支給額決定額 (A-B-C)
	入 院	円	円	円	円
	外 来	円	円	円	円
	計	円	円	円	円

- 注意**
- 1 助成金の支給申請は、診療を受けた月の翌月から起算して**6ヶ月以内**に行ってください。
  - 2 申請者は、記名押印に代えて署名することができます。

**医療機関等へのお願い**

- この支給申請書は、ひとり親家庭医療費助成のため必要なものですので、ご協力をお願いします。
- **一部負担受領額欄**は、差額ベッド代や食費等**保険診療対象外**の受領額は除いてください。