

様式第9号（第20条関係）

市受付印	受付者
------	-----

(親) ひとり親家庭等医療助成費支給申請書

(あて先) あきる野市長

下記のとおり、領収書を添えて医療費の助成を申請します。なお、付加給付がある場合は申し出ます。支給額は、下記口座に振り込んでください。また、この届出項目が、電子計算組織に記録されることを了承します。

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日申請

記

ひとり親医療証の記載内容					
医療証番号	負担者番号			受給者番号	
対象者氏名			生年月日	年 月 日	
保護者氏名			住所		
ひとり親の保険証の内容					
保険の種類	1 国保 4 共済	2 組合 5 その他 ( )	3 協会 世帯主組合員 被保険者氏名		
被保険者証記号番号	(枝番)				
保険者番号			保険者名称		
申請内容					
申請種類	1 一般 5 補装具	2 歯科 6 養育医療	3 薬剤 7 小児慢性	4 看護 8 その他 ( )	
入院・入院外の別	1 入院                      2 入院外				
申請の理由	1 都外の病院等での診療 2 医療証を持っていなかった。 3 補装具の費用		4 小児慢性負担金 5 養育医療負担金 6 その他 ( )		
添付書類	1 領収書 ( 枚) 2 療養費決定通知書 3 医師の診断書 (補装具の場合)		4 医療券の写し (小児慢性の場合) 5 養育医療納入領収書 (養育医療の場合) 6 その他 ( )		
必ず領収書原本を添付すること。					
振込先	金融機関名	銀行・信用金庫 農協・信用組合		支店名	支店出張所
	金融機関コード			支店コード	
	口座種別	普通・当座・貯蓄	口座番号		
	口座名義人 (医療証の保護者名義に限る。)				-----カタカナで記入してください-----
連絡先電話番号 (振込不能等の場合に連絡できるところ。携帯可)				( )	

市 記 入 欄			
不足書類	<input type="checkbox"/> 振込先口座	<input type="checkbox"/> 医師の診断書	<input type="checkbox"/> その他 ( )
	<input type="checkbox"/> 療養費支給決定通知書	<input type="checkbox"/> 医療券の写し (小慢)	
連絡事項			
支給決定額			

# 記入例

様式第9号(第20条関係)

## 親 ひとり親家庭等医療助成費支給申請書

(あて先) あきる野市長

下記のとおり、領収書を添えて医療費の助成を申請します。なお、付加給付がある場合は申し出ます。支給額は、下記口座に振り込んでください。また、この届出項目が、電子計算組織に記録されることを了承します。

提出時に窓口で  
ご記入ください

〇年〇月〇日申請

記

ひとり親医療証の記載内容			
医療証番号	負担者番号	受給者番号	
81130000	00000000	00000000	
対象者氏名	あきる野 太郎	生年月日	〇年〇月〇日
保護者氏名	あきる野 花子	住所	あきる野市二宮350

医療証の上部  
にある番号を記  
入してください

保険証を確認し  
記入してください

保険の種類を  
〇してください

ひとり親の保険証の内容			
保険の種類	1 国保 2 組合 3 協会 4 共済 5 その他 ( )	世帯主組合員 被保険者氏名	あきる野 花子
被保険者証記号番号	12345-67 (枝番)		
保険者番号	87654321	保険者名称	あきる野保険組合 あきる野市 など

健康保険 被保険者証	(被保険者) 平成 年 月 日交付 記号 〇〇〇-〇〇〇
氏名	あきる野 太郎
生年月日	昭和 年 月 日
認定年月日	平成 年 月 日
被保険者氏名	あきる野 太郎
事業所名	〇〇株式会社
保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇
保険者名称	〇〇保険協会
保険者所在地	あきる野市〇〇-〇

当てはまる部分に  
〇をしてください

申請内容			
申請種類	① 一般 2 歯科 3 薬剤 4 看護 5 補装具 6 養育医療 7 小児慢性 8 その他 ( )		
入院・入院外の別	1 入院 ② 入院外		
申請の理由	① 都外の病院等での診療 4 小児慢性負担金 2 医療証を持っていなかった。 5 養育医療負担金 3 補装具の費用 6 その他 ( )		
添付書類	1 領収書 ( 枚) 4 医療券の写し (小児慢性の場合) 2 療養費決定通知書 5 養育医療納入領収書 (養育医療の場合) 3 医師の診断書 (補装具の場合) 6 その他 ( )		

必ず領収書原本を添付すること。

振込先	金融機関名	あきる野 銀行 信用金庫 農協・信用組合	支店名	二宮 支店 出張所
	金融機関コード		支店コード	
	口座種別	① 普通 当座・貯蓄	口座番号	1234567
	口座名義人 (医療証の保護者名義に限る。)		アキルノ タロウ	
連絡先電話番号 (振込不能等の場合に連絡できるところ。携帯可)				042 ( 558 ) 1111

請求者本人の  
口座以外は指  
定できません。

市 記 入 欄		
不足書類	<input type="checkbox"/> 振込先口座 <input type="checkbox"/> 医師の診断書 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 療養費支給決定通知書 <input type="checkbox"/> 医療券の写し (小慢)	
連絡事項		
支給決定額		