

様式第 5 号 (第 6 条関係)

受給者記入欄	ひとり親家庭等医療費支給申請書									
	年 月 日									
	三 島 市 長 あて									
	受給者 住 所 氏 名 電話番号									
記入欄	① 受給者番号		③ 加医療保入除		記 号					
					番 号					
	② 受診者欄		氏 名		保 険 者 名					
	生年月日		年 月 日		④ 付加給付		有 ・ 無			
病 名										
医療機関等記入欄	保 険 診 療 等 領 収 証 明									
	保険診療による自己負担額		※						円	
	うち薬剤費負担額		※						円	
	計		※頭部に¥をおつけください。				千		円	
	※ 診療期間		入院 有・無 (月 日から 月 日まで)							
			年 月 日							
		所 在 地 ※ (医療機関等) 名 称 代表者名								

市記入欄	自己負担額	控 除 額 付加給付額	支 給 額	備 考
	円	円	円	
	付加給付額の算定			

(注)

- 1 医療機関等は、※印のみ記入してください。
- 2 1 枚につき、1 人分を記入してください。
- 3 1 箇月分を 1 枚で提出してください。