

母子及び父子家庭等医療費申請書（請求書）

申請日 年 月 日

串間市長 様

年 月分医療費の助成を申請します。

申請者

住所 串間市 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話(携帯) \_\_\_\_\_

受診者	受給者番号	_____
	フガナ	_____
	氏名	_____
	生年月日	年 月 日

保険証内容	記号・番号	_____	資格取得日	年 月 日
	被保険者氏名	_____	保険者番号	_____
	保険種別	協会健保( )・国保・健組・共済・船員・その他( )		

加入保険等の変更があった場合は届出が必要です。

※ここから下は記入しないで下さい。

		医療機関コード	_____	
区分	年 月診療分	□入院 □入院外		
医療診療点数	点	総医療費	円	
助成内訳	一部負担金	控除額内訳		交付決定額
		付加給付額	高額療養費額	
	円	円	円	1,000 円