

領収書を医療機関ごと・月ごと・受診者ごとに  
分けて、それぞれ申請書1枚書いてください。

第6号様式(第7条関係)

唐津市ひとり親家庭等医療費助成申請書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

唐津市長様

提出日

住所 唐津市△△1番1号

申請者

氏名 唐津 花子

唐津市ひとり親家庭等の医療費の助成に関する条例第7条の規定により申請します。また、この申請に当たり、助成対象となる医療費に係る保険給付、医療給付及び付加給付に関して、必要に応じ関係機関に対し調査及び情報提供をすることを同意します。

受診者	フリガナ 氏名	カラツ モモコ 唐津 桃子	加入 医療保険	被保険者 氏名	唐津 〇〇
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ		保険証 記号・番号	1 2 3 4 5 6
	生年月日	平成〇〇年〇〇月	生	保険名	

唐津市国保の場合は受診者本人、その他の保険の場合は、保険証に記載されている被保険者氏名・または組合員氏名をご記入ください。  
保険証が変わったら変更届の提出が必要です。

協会けんぽ  
健康保険組合  
共済組合  
国民健康保険

のいずれかを記入してください。  
受診時の保険をご記入ください。  
月途中で保険証が変わった場合は、同じ月・同じ医療機関でも保険ごとの申請書が必要になります。

受診者氏名	唐津 花子	医療機関等記入欄	平成 年 月 分
1入院			
保険診療総額			
上記の金額を支払しました。	年 月 日	医療機関等所在地 住所 氏名	

※領収書の添付ができない場合、または患者氏名、保険点数がないなど記入もれのある領収書の場合は、「医療機関等記入欄」に医療機関より証明を受けてください。  
領収書がある場合は、この欄には何も記入しないでください。

保険診療	受付	年 月 日
	訪問看護 利用料	計
	円	円 ① 円
控除額	付加	備考
	高額療養費	円
	自己負担 ( 円)	有 ・ 無
	計	② 円
支給決定額		①-② 円

保険診療分の医療費を医療機関ごとに一月分まとめて診療月の翌月から一年以内に申請してください。保険診療以外の医療費や申請期間を過ぎたものについては申請できません。尚、診療明細の記載された領収書の原本を申請書に添付することをご注意ください。医療機関の証明無しでも申請できますが、一度受けつけた領収書はお返しすることができませんのでご注意ください。