

消せるボールペンでの記入は×

印かん(朱肉を使うもの)を2ヶ所押してください。シャチハタは×

捨
印

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

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

印

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	〇〇年〇〇月〇〇日生		保険名	

医療機関等記入欄

受診者氏名	診療	平成 年 月 分	
1 入院	2 通院	3 歯科	4 調剤
保険診療総点数	他法公費負担点数	保険	
点	点		
上記の金額を受領しました。			
年 月 日			
医療機関等所在地 住所			
氏名			

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。

※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	附	備考
	高額療養費	円
	自己負担(500円)	有・無
	計	円 ② 円
	支給決定額	円 ①-② 円

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。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です。