

ひとり親家庭等医療費助成申請書

宮崎市長殿

令和 年 月 日

令和 年 月分の医療費の助成を申請します。

申請者

氏名

電話

受 診 者	受給者番号								
	フリガナ								
	氏名								
	生年月日	昭・平	年	月	日				

医 療 機 関 等 記 入 欄	右記の一部負担金を受領しました。	医療機関 コード	45						
	令和 年 月 日	診療年月	令和 年 月						
	医療機関等	区分	①入院 ②入院外						
	住所	診療実日数	日						
	名称	診療総点数	点						
	氏名	一部負担金	円						
		保険者番号							
		第三者行為のときは、右欄に「3」と記入してください。							
		備考							

- 注 1 一部負担金の欄には、入院時食事療養費及び選定療養費に係る標準負担額を除いた額を記入してください。
- 2 備考欄には、病院等にあつては診療科目を、調剤薬局にあつては処方箋を発行した病院等の名称を記入してください。