様式第５号

ひとり親家庭医療費助成申請書

申請者記入欄　※太線の枠内のみ記入し、押印してください。

平成　　年　　月　　日

那須塩原市長　様

受給資格者　住　所　那須塩原市
（申請者）
氏　名　　印
電　話

受給者番号		加入保険	被保険者氏名			
			保険証記号番号			
受診者	氏　名		保険者	番　号		
	生年月日	年　月　日		名　称	国民健康保険 健康保険組合 全国健康保険協会 共済組合 後期高齢者医療	
振込先	**医　療　費　指　定　口　座** **※振込先を変更する場合は、変更届を提出してください。**					
一部負担金２１，０００円以上支払った家族の有無					有　・　無	

（注）・ 高額療養費に該当したときは、当該支給決定通知書又はその写しを添付して下さい。
・ 領収書で申請する場合にもこのグリーンの用紙は必要です。
（一度に複数月申請でも、ひとつの医療機関に対し１枚です。領収書は、のり付けしないでください。）

医療機関等記入欄　※太線の枠内のみ記入し、押印してください。（月ごとの合計点数を記載してください。）

保険診療証明書

保険種類	国保・社保・後期高齢者医療	自己負担割合　１・２・３　割	特定疾病療養受療証の有無　有・無

診療年月		保険診療合計点数			他法負担点数	備考
年	月	入院日数	入院点数	外来点数		
計						

平成　　年　　月　　日

医療機関等　所在地
名　称
氏　名　　印

助成内容	保険診療合計金額	一部負担額	控除額の内訳					医療費助成額
			他法負担額	高額療養費	附加給付額	自己負担控除額	控除額計	
	円	円	円	円	円	円	円	円