

※ 太枠内のみご記入ください。

様式第 8 号

【 親 ・ 児 童 】

ひとり親家庭等医療費支給申請書

次のとおり（一部負担金・療養費）を支払いましたので、ひとり親家庭等医療費の支給を申請します。
なお、支給金額の審査について、必要な公簿確認をすることに同意します。

宗 像 市 長 あ て 令和 年 月 日

申 請 者（本人または保護者）

住 所 宗像市

氏 名

電話番号（ — — ）

医療証の 受給者番号						健康保険の 記号・番号	宗像市国保 ・ 医保 ・ 後期		
							記号	番号	
受給者氏名 生年月日						健康保険 加入者氏名 （被保険者・組合員・ 国保世帯主等） 生年月日			
	（昭・平・令 年 月 日 ）						（昭・平 年 月 日 ）		
申 請 理 由	☐ 県外の医療機関等での受診 ☐ 療養費の支給（国保・医保・後期） ☐ 医療証の未提示・交付前受診 ☐ 他優先公費との差額 ☐ 補装具（国保・医保・後期） ☐ その他（ ）								
診療種別	内科 ・ 歯科 ・ 調剤 ・ 訪看 ・ その他（療養費 / 補装具 / あんま・マッサージ / はり・きゅう）								
診療年月、日数	令和 年 月 （ 日間）			入院外来		入院 ・ 外来			
医 療 機 関	所在地		領収書・治療用装具制作指示装着証明書・療養費支給申請書のとおり						
	名称		病院 ・ 医院 ・ 眼科 ・ 整形外科 ・ クリニック ・ 調剤薬局						
医療費総額					円	他公費		円	
負担割合					3 割	高額療養費		円	
一部負担金					円	自己負担限度額		0 ・ 5 0 0 ・ 8 0 0 円	
支払金額					円	調整額		円	
支給金額						円			
振込先口座	銀行名		支店名		口座番号（右詰で記入）			種別	
	銀 行		本 店					普通・当座	
	信用金庫		支 店						
	信用組合		出張所		名義（※カタカナで通帳どおり記入）				
	農 協		営業部						
	漁 協								
添 付 書 類	☐ 明細がわかる領収書（補装具は「医証」「見積書」「請求書」も必要） ☐ 療養費支給証明書または支給決定通知（高額療養費・付加給付、医保療養費） ☐ その他（ ）								
国保税充当 ・ 備 考	ひとり親家庭等医療費支給額を、以下の未納分の税に充当することを承諾します。							保変	なし 受付
	☐ 国保税の未納分、または収納課指定分から納付							受付	
	☐ その他（ ） 国保世帯主氏名 印							他公費	なし あり
	☐ 学校活動内でのけが・病気による医療費ではありません。							入力	
	☐ 第三者行為により発生した医療費ではありません。							チェック	
	☐ 領収書の返却を希望します。（支給決定通知送付時に同封）								