

様式第4号(第8条関係)

母子家庭等医療費助成申請書

平成 年 月 日

玉川村長 様

申請者 住所 玉川村大字

氏名 印

年 月分の母子家庭等医療費を、次のとおり申請します。

受給者証番号	第 号	受診者名	
		生年月日	昭和・平成 年 月 日
被保険者証記号及び番号	記号	加入保険の種別	国・政・組・船・日・共
	番号	保険者氏名	
口座振替振込先	銀行・信金・農協		支店
口座名義人		口座番号	
同一受診月分の申請の有無(注2参照)			無 ・ 有

医療機関記入欄	保険診療 総点数	入院 点	薬剤負担金領収額①		円	
		外来 点	負担金領収額(①を除く)②		円	
	食事提供日数	日	入院時食事療養費定額負担日額	円	入院時食事療養費定額負担月額③	円
					(提供日数×日額)	
	入院時食事療養費総額(保険適用分月額)				円	
上記 年 月分の一部負担金を受領したことを証明する。 年 月 日 医療機関 住所 又は薬局 名称 印						

一部負担額 (A)①+②+③	付加給付額 (B)	高額療養給付額 (C)	自己負担額 (A-B-C)
円	円	円	円

注1 太線の枠内は申請者が記入してください。

2 「同一受診月分の申請の有無」欄には、この申請書の他に、同一受診月分の申請書(同一世帯どなたのもので結構です)の提出を行ったことが有か無か、いずれかに丸をつけてください。