

# ひとり親家庭等 医療費支給申請書

<受給者> (医療機関で診療を受けた方)

フリガナ			生年月日	年 月 日		
氏名			個人番号			
住所 (建物名等)			市処理欄	宛名番号 受給者番号		

<申請内容>

申請の理由	<input type="checkbox"/> 協定外医療機関受診 <input type="checkbox"/> 受給者証交付前受診 <input type="checkbox"/> 受給者証を提示しなかったため <input type="checkbox"/> 負担区分変更のため <input type="checkbox"/> 特定疾患医療一部負担金 <input type="checkbox"/> 補装具購入一部負担金 <input type="checkbox"/> その他( )					
月別	年 月分	<input type="checkbox"/> 入院	<input type="checkbox"/> 入院外	<input type="checkbox"/> 歯科	<input type="checkbox"/> 調剤	<input type="checkbox"/> その他( )

<申請者> (受給者本人 または 保護者)

北見市長 様 (申請日) 年 月 日  
ひとり親家庭等医療費の支給を受けたいので、領収書を添えて申請します。

フリガナ			生年月日	年 月 日		
氏名	署名		個人番号			
			電話番号	- -		
住所 (建物名等)	<input type="checkbox"/> 受給者と同じ (記入不要)		続柄	受給者から見て		

<受取口座> (申請者の口座)

口座名義人	カナ					
郵便局の通帳に振込	通帳の記号			通帳の番号		
	1		0	-		1
銀行口座に振込	口座番号					
銀行・信金・労金	本店		<input type="checkbox"/> 普通			
信組・農協・漁協	支店		<input type="checkbox"/> 当座			

※やむをえず口座を  
利用できない場合

為替証書払い  
 窓口払い

市処理欄  
-

北見市使用欄

負担区分	親初・親課 ( 年 月 日 ~ 年 月 日まで 初・課 )									
区分	入外	医療機関	診療年月	負担割合	診療報酬請求総点数	医療費	高額療養費(療養費等)	一部負担金		市助成決定額
			.	7・8 9				初課		
			.	7・8 9				初課		
			.	7・8 9				初課		
合計										

本人確認	添付書類	下記の通り決定してよろしいか。		
①番・免・パ・手帳 他( ) ②証・年金・児童・バス 社員・学生 他( ) 代理権確認手段 受給者証・保険証 障害者手帳・委任状 他( )	<input type="checkbox"/> 領収書の写し <input type="checkbox"/> 支給決定通知書 <input type="checkbox"/> その他( )	支給決定額		
	備考	円		
	高額 有・無 (国保・社保) 合算 有・無 (合算対象)	第4類		
		課長	係長	係

