様式第４号

お住まいの区：　　区

熊 本 市 ひ と り 親 家 庭 等 医 療 費 助 成 金 請 求 書

※太わく内をご記入ください。

熊　本　市　長　宛

請求者(親または養育者の方)　　年　　月　　日

住所	〒(　　－　　)　熊本市　　区	
氏名	印	
電話	携帯・自宅　　－　　－	勤務先　　－　　－

熊本市ひとり親家庭等医療費助成規則の規定に基づき次のとおり請求しますので、先に提出済みの口座振替依頼書に記載の預金口座に振り込みをお願いします。なお、子ども医療費助成の受給資格があり、そちらで算出した助成額が多い場合は、子ども医療費での助成を受けること(請求月の翌々月支給)に同意します。

患者氏名		生年月日	年　月　日	□ 受給資格の認定後初めての請求の方もしくは3ヶ月以上請求がなかった方は✓をご記入ください。

	百	十	万	千	百	十	円
助成額							

課税(　　)・非課税
多数該当　有・無
合算対象　有・無

助成額　　円

(　　枚目 / 全　　枚中)

受給資格者記号・番号		医療機関番号	4 3	区分	医科 1	歯科 3	調剤 4
					訪問 6	柔整 7	鍼灸 8

保険証記号・番号		保険者番号		医療機関名	

明細 No.	区分 入院(1) 外来(2)	総点数(点)	一部負担金の額(円)	高額療養費の額(円)	附加給付額(円)	差額(円)	助成額(円)	診療年月 年	診療年月 月	公費番号	公費負担額(円)
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											

受付	中央・東・西・南・北・託麻・河内・天明・城南・幸田・清水・龍田

同意書	有・無
先行払・確認後払	

確認欄	主査	確認者	審査2	審査1