

熊本市ひとり親家庭等医療費助成金請求書

熊本市長 宛

※太わく内をご記入ください。

請求者(親または養育者の方)		申請日 年 月 日	
住所	〒() 熊本市 区		氏名の欄は受給資格者氏名をご記入ください。
氏名	電話 携帯・自宅 - -		
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、こども医療費助成の受給資格があるにもかかわらず、医療費が多額な場合は、こ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。 また、受給資格の有無、税情報及び保険情報に関して公簿で確認する。			
患者氏名	生年月日 年 月 日		患者氏名の欄は、医療機関にかかった方をご記入ください。

課税()・非課税	助成額	円
多数該当 有・無	百 十 万 千 百 十 円	
合算対象 有・無		(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 險 証 記号・番号	保険者 番 号		医療機関名	

明細	区 分	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	公費 番号	公費負担額 (円)
No.	入院 (1) 外来 (2)							年 月		
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
----	---------------------------------	---------------------	-----	-----	-----	-----	-----