

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。

申請日 年 月 日

請求者氏名						電話	- -			
住所	〒(-) 熊本市 区									
患者氏名				生年月日	年 月 日		医療機関名			
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り、そちらで算出した助成額が多い場合は、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及び調査されることに同意します。										
領収書 診療年月 件数	年 月 件		年 月 件		年 月 件		年 月 件		年 月 件	
	年 月 件		年 月 件		年 月 件		年 月 件		年 月 件	

課税()・非課税

多数該当 有・無

合算対象 有・無

助 成 額

百 十 万 千 百 十 円

助成額

円

(枚目 / 全 枚中)

受給資格者
記号・番号

振込月

年 月

医療機関番号

4 3

保 険 証
記号・番号

保険者
番 号

領収書

参考資料

明細 No.	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)
	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

確認欄

主 査

審査2

審査1

受付