

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

患者氏名

生年月日

医療機関名

熊本市ひとり親家庭等医療費助成規則に基づき、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に同意します。また、受給資格の有無、税情報及び保険料の負担に同意します。

ひと月ごとに、申請をされる領収書の件数をご記入ください。

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

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	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

確認欄

主 査

審査2

審査1

受付