

様式第7号（第13条関係）

振 込 先	銀行・信用金庫 農協・信用組合							支店 支所 出張所	普通・当座
	口座番号							フリガナ	
									口座名義人

ひとり親家庭等医療費支給申請書									
年 月 日									
八女市長									
申請者 住所 _____									
氏名 _____									
電話番号 _____									
次のとおり（一部負担金、療養費）を支払いましたので、医療費の支給を申請します。									
医療証の 受給者番号								被保険者証等の 記号・番号	
受給者氏名								被保険者等 氏 名	
診療種別	<input type="checkbox"/> 医科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 補装具 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 柔整 <input type="checkbox"/> あんま・マッサージ <input type="checkbox"/> はり・きゅう <input type="checkbox"/> その他（ ）								
療養期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間								
入外区分	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来		学校災害給付金		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
医療機関	<input type="checkbox"/> 領収書のとおり 所在地 名 称								
医療費総額					円	申 請 額		円	
申請理由 (該当番号を ○で囲む)	1 国民健康保険による療養費が支給された。 2 社会保険各法による療養費が支給された。 3 県外の医療機関等で受診した。 4 その他（ ）								

【担当者記入欄】

保険者負担	一部負担額	高額療養費	付加給付額	他法負担額	自己負担額	支給決定額