## 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 普通・当座 出張所			
	口座番号								フリガナ			
		座番号						口座名義人				

ひとり親家庭等医療費支給申請書											
八女市县	年 月 日										
	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	被保険者等の記 号・番 号										
受給者氏名	被保険者等氏名										
診療種別	<ul><li>□ 医科 □ 歯科 □ 調剤 □ 補装具 □ 訪問看護 □ 柔整</li><li>□ あんま・マッサージ □ はり・きゅう □ その他( )</li></ul>										
療養期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間										
入外区分	□ 入院 □ 外来 学校災害給付金 □ 有 □ 無										
医療機関	□ 領収書のとおり 所在地 名 称										
医療費総額	円申請額										
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