

記入例

ひとり親家庭等医療費支給申請書

ひとり親医療証の受給者の受給者番号(医療証に記載)・氏名・生年月日をご記入ください。

記入不要

振込先の口座情報を記入してください。
※ひとり親医療証を受給している方の名義の口座に限ります。

申請日、申請者の住所、氏名、電話番号を記入してください。
※申請者はひとり親医療証受給者となります。

受給者番号							氏名				生年月日															
1	2	3	4	5	6	7	品川 花子				2000年4月1日															
医療機関名							別紙領収書のとおり																			
医療種別							01 一般		02 歯科		03 調剤		04 看護													
							05 補装具		06 柔道整復		07 その他()															
入院外来別							1 入院				2 外来															
診療年月日							年		月		日		～		年		月		日							
実日数							日																			
支給申請額							円																			
医療費							円																			
医療点数							点																			
食事療養費							円																			
薬剤負担金							円																			
助成決定額							円																			
育成区分																										
振込先金融機関名							コード		1	1	1	1	店番		1	1	1	口座番号		1	2	3	4	5	6	7
							品川		銀行		品川		本店		普通		口座名義(受給者の口座名義をカタカナで記入)									
							信用金庫		支店		出張所		シナガワ ハナコ													
							信用組合																			
ひとり親家庭等医療費助成制度の助成費を申請します。 なお助成額は、上記の口座に振り込みください。																										
品川区長 あて							令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日																			
							住所 品川区広町2-1-36																			
							氏名(受給者) 品川 花子																			
							電話 03 - 5742 - 9174																			
保険証確認							医療証確認							窓口担当者							審査					