

ひとり親家庭等医療費支給申請書									
年 月 日									
みやこ町長 様									
申請者 住 所									
氏 名									
連絡先									
次のとおり、（一部負担金・療養費）を支払いましたので、ひとり親家庭等医療費の支給を申請します。									
ひとり親家庭等 医療証の受給者番号							被保険者証等の 記 号 ・ 番 号		
申 請 対 象 者 （ 児 ） 氏 名							世帯主、被保 険 者 等 氏 名		
傷 病 名									
	療養期間 年 月 日から 年 月 日まで								
医 療 機 関	所在地 名 称								
医 療 費 総 額	円						申 請 額	円	
申 請 理 由 （該当する番号を ○で囲む。）	1 医療保険各法による療養費が支給された 2 県外の医療機関等で受診した 3 その他（ ）								
振 込 先	金融機関名						支店名		種別
	銀行 協同組合 信用金庫						支店（所）		普通 当座
	口座名義人						口座番号		
	(フリガナ)								
(決裁欄)									