

【申請者記入欄】

※受給者番号、生年月日、保険者番号等に誤りがないか、もう一度ご確認ください。

ひとり親家庭医療費助成申請書		
会津若松市長 あて		
私は、市長が特に認める医療機関等において当該医療機関等の窓口での一部負担金等の支払が免除された場合、市長から支給される当該免除された一部負担金等に相当する額の金員を受領する権限を当該医療機関等に委任いたします。		
住所		会津若松市
申請者		
氏名		印
受給者番号	受給者氏名	生年月日
		昭和 平成 年 月 日生
加入健康保険証	保険者番号	
	保険証記号・番号	.

診療科	診療月	1 入院	1 被保本人
科	5 年 月	2 外来	2 被扶養者
		3 薬剤	3 継続療養保険
保険診療点数	合計点数		点
	再掲：公費分点数（1 精神保健福祉法 2 その他（ ））		点
金額 (どちらかに○をつける)	保険適用額		円
	入院時食事療養費の回数・金額	食分	円
1 償還払い分 (受領金額)	育成・療育医療等徴収金		円
	柔道整復		円
2 受領委任払い分 (一部負担金の支払が免除された金額)	補装具		円
	薬剤の一部負担金		円
	その他		円
上記のとおり証明します。		医療機関コード	
令和 年 月 日		所在地	
医療機関 又は薬局		名称	
代表者氏名		印	

現物給付高額療養費額		円
附加給付額		円
助成決定額		円

