

母子及び父子家庭医療費助成金支給申請書

座間味村長

宮里 哲 殿

令和 3 年 6 月 1 日

住 所 座間味村字座間味109番地

申 請 者 座間味 村太郎 印

受給者証 座医母 14 号
記号番号

電話番号 090-0000-0000

※提出の際は
月ごとに提出願います。

下記のとおり医療費を申請します。

加入 医 療 保 険	被保険者住所	座間味村字座間味109番地			
	被保険者氏名	座間味 村太郎	記号番号	47354-123456	
	保険者名称	座間味村役場	保険者 番号		
受 給 者 名		診 療 月 日	受診区分	診 療 科 目	支 払 金 額
座間味 村太郎		令和3年5月1日	入院 通院	内科+薬局	1600 円
座間味 村太郎		令和3年5月15日	入院 通院	歯科	3500 円
座間味 村太郎		令和3年5月16日	入院 通院	整形外科+薬局	2200 円
座間味 村太郎		令和3年5月17日	入院 通院	内科	1200 円
			入院 ・ 通院		
			入院 ・ 通院		
			入院 ・ 通院		
			入院 ・ 通院		
			入院 ・ 通院		
			入院 ・ 通院		
			入院 ・ 通院		
			入院 ・ 通院		

※※ 処 理 欄	保 険 診 療 自己負担額 A	条 例 7 条 等 一部負担金 B	附 加 給 付 C	高 額 療 養 費 D	支 給 額 A-(B+C+D)=E
	円	円	円	円	円