

御坊市ひとり親家庭医療費支給申請書									
年 月 日									
御 坊 市 長 様									
住 所 申 請 者 氏 名									
公費負担者番号									
受給者番号								住所	
受給資格者	氏								名
対 象 者	氏								名
	生	年	月	日					
加 入 保 険	被保険者又は組合員氏名								
	保 険 者 の 名 称								
	種 類 協・組・日・船・共・国・国組・国退								
	記 号 番 号								
支 給 内 訳	自 己 負 担 額				附 加 給 付 金		支 給 決 定 額		
医療等の状況書									
氏 名					男・女	年 月 日生			
疾 病 名	(1)	(2)			(3)				
診療開始日	(1) 年 月 日				本 月 診 療 日 数				
	(2) 年 月 日				日				
保険診療総点数		公 費 負 担 点 数				保 険 診 療 総 点 数 に 含 む 入 院 点			
点		社保・国保 他法				点			
年 月 日									
医療機関所在地及び名称									
開 設 者 氏 名 ⑨									

振 込 指 定 金 融 機 関	種 別	口 座 番 号	口 座 名 義 人	
銀 行	普通 当座		カナ	
信用金庫			漢字	
農 協				
	本店 支店 支所			