

母子及び父子家庭医療費助成申請（請求）書

提出年月日 平成 年 月 日

三股町長 木佐貫 辰生 様

申請者 住 所 三股町

氏 名 印

携帯電話（ ） —

平成 年 月分の医療費（ 入 院 来 ）を助成されたく申請（請求）します。

対象者	受給資格者 証 番 号		加入 保 険	世帯主又は 被保険者氏名	
	受診者氏名			記号/番号	記号 番号
	生年月日	昭 平 年 月 日		保険者名	<input type="checkbox"/> 三股町（国保） <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会（ ）支部 <input type="checkbox"/> 宮崎県市町村職員共済組合 <input type="checkbox"/> その他 （ ）

この欄は お手数ですが	平成 年 月 診療 入院・外来			
	診療実日数	総 点 数	保険以外公費点数	一部負担金受領金
	日	点	円	円
医療機関に おいてご記入 願います。	上記の一部負担金を受領いたしました。 平成 年 月 日 所在地 医療機関等の 名 称 氏 名 印 医療コード（7桁）			

※保険適用分のみ記載をお願いします。

支払予定日