別記様式第１６号（第９条関係）

ひとり親家庭医療費助成申請書

申請者記入欄

佐野市長様　　年　月　日

受給資格者（申請者）　住所　佐野市

氏名

電話　　－

受給者番号			加入保険	被保険者氏名			
受診者	氏名			保険証記号番号			
				保険者	番号		
	生年月日	年　月　日			名称		

振込先	変更なし	※振込先を変更する場合は、変更届が必要となります。受給資格者証・受給資格者の通帳をご持参の上、手続きをしてください。
	変更あり	

同一月かつ同一保険において一部負担金21,000円以上支払った家族の有無	有　・　無

備考　付加給付又は高額療養費の支給があるときは、当該支給決定通知書又はその写しを添付してください。

医療機関記入欄

保険診療証明書

保険種類	国保・社保・その他	自己負担割合　１・２・３　割		特定疾病療養受療証の有無	有・無
診療年月	保険診療合計点数			他法負担点数	備考
年　月	入院日数	入院点数	外来点数		

年　月　日　　医療機関等　所在地

名称

氏名　　㊞

診療月（科）	保険診療合計	一部負担金	控除額の内訳					医療費助成額
			他法負担額	高額療養費	付加給付額	自己負担額	控除額計	

備考　太枠欄は、記入しないでください。