

医療費助成申請書

年 月 日

野々市市長 宛

医療費の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

医療費の種別		1 子育て支援医療費助成 2 ひとり親家庭等医療費助成	受給資格証 番号		
申請者	住所	電話番号 ()			
	氏名				
診療を受けた人	住所	野々市市			
	氏名	男・女	生年月日	年 月 日	
	加入保険	被保険者氏名			
		記号・番号			
保険者名称 (発行機関)					

※太枠内を記入し、医療費領収書を添付してください。

※申請期限は、診療月の翌月の初日から1年以内です。申請は、1年分までまとめてすることができます。

※これから下の欄は、記入しないでください。

連番	診療月	医療費 総額	高額療 養費等	自己 負担額	付加 給付	給付 決定額	入院 日数	保険 外	備考
	年 月分								
	年 月分								
	年 月分								
	年 月分								
	年 月分								
	年 月分								
	年 月分								
	年 月分								
	年 月分								
	年 月分								
	年 月分								
	年 月分								
	年 月分								
合計									

新規	保険変更	口座変更	住所・氏名変更	転入日	年 月 日	転出日	年 月 日
----	------	------	---------	-----	-------	-----	-------

受付	免許証 その他 ()
----	----------------