

# 《記入例》

※国民健康保険加入者の松伏花子さん(母)が太郎君(子)の支給申請をした場合  
様式第6号(第17条関係)

## ① ひとり親家庭等医療費支給申請書

住所、氏名、連絡先を  
記入してください

○年 ○月 ○日

松伏町長 様

住所 松伏町 松伏2424

氏名 松伏 花子

電話 (991)2711

受給資格証の記号番号欄の数字  
を記入してください

下記のとおり医療費を申請します。

対象 受給者	受給資格証 記号・番号	○○○	加入 医療 保険	世帯主・被保険者 組合員の氏名	松伏花子
	ふりが 氏名	まつぶし たろう 松伏 太郎		市町村民税の状況	課税・非課税
	生年月日	平成○年○月○日		記号・番号	松○○○-○○○○○○
			名 称	松伏町	

注) 上記申請書欄は、申請者が記入してください。

入院

外来

日

医療機関を受診した方  
のお名前等を記入してく  
ださい

領収書 (医療機関証明欄)

保険証の記載事項を確認  
のうえ、記入してください

¥

ただし、 年 月分保険診療一部負担金(他法本人負担金 円含む)

— 入院時食事療養標準負担額は含まない —

保険診療総点数

点

年 月 日

領収書欄は、領収書を添付する場合は  
記入不要です。

様

医療機関等所在地(住所)

名 称

氏 名

印