

## 富士市ひとり親家庭等医療費助成金支給申請書

記入日

令和 3 年 7 月 1 日

(あて先)

富士市長

富士市永田町1-100

住所 マンション永田102

申請者 氏名 富士 花子

電話 51-0123

090-1234-1234

富士市ひとり親家庭等医療費助成金の支給を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

受診者	氏名	富士 一郎		保険種	1 国民健保 ② 協会健保 3 組合健保 4 共済組合健保 5 船員保険
	生年月日	昭・ <input checked="" type="radio"/> 平 21 年 2 月 3 日			
	母子家庭等医療費受給者番号	101234			
	子ども医療費受給者番号	0210543	子ども医療費受給者証を使用した場合に記入		
	保険者番号	01220011			
療養の内容等	傷病名		診療実日数	日間	
	診療の区分	入院・入院外・歯科・薬剤・その他( )			
	診療報酬請求点数	点	診療を受けた医療機関名		
	他法	精神保健及び精神障害者福祉に関する法律による公費負担	点		
		結核予防法による公費負担	点		
		その他の法律による負担	点		
	本人支払額	円	一部負担の割合	割	
保険者負担額	円	助成金支給額	円		
公費・他法負担額	円				
付加給付額	円				
	円				
備考					