様式第8号（第7条関係）

ひとり親家庭等医療費助成金支給申請書

年　　月　　日

別府市長　　あて

ひとり親家庭等医療費助成金の支給を申請します。

助成対象者（保護者）	住所	別府市		
	氏名	㊞		
	電話番号	ー　　ー	生年月日	昭和・平成　年　月　日
受診者	フリガナ		医療保険種別	
	氏名			
	生年月日	昭和・平成・令和　年　月　日	医療保険記号・番号	
	受給資格者番号		被保険者氏名	

（保険医療機関等記載欄）保険診療額領収証明

診療月	令和　年　月分（　日間）	区分	入院 ・ 入院外 ・ 調剤
保険診療総点数	点	他法公費負担点数	点
保険診療一部負担金	円	指定訪問看護基本利用料	円

4日目までの内訳

	保険診療総額	一部負担金
1日目	円	円
2日目	円	円
3日目	円	円
4日目	円	円

上記のとおり一部負担金を受領しました。

年　　月　　日

保険医療機関等

所在地

名称

代表者氏名　　印

電話番号

医療機関番号

備考　保険医療機関等が発行する保険診療証明書又は領収書の添付があるときは、保険診療額領収証明の記入は必要ありません。

※市使用欄

受給資格者番号　　受診者（漢字入力）　　親　子　　区分

診療年月　　入外　　医療機関コード

一部負担金　　総医療点数　　高額療養費　　附加給付

一部自己負担金　　子ども助成分　　その他　　支給額