

※ 部分に記入をしてください

窓口申請日（必ず申請者本人が記入）

(あて先)
浜 松 市 長

令和〇〇年〇〇月〇〇日

(住 所) 浜松市中区元城町103番地の2

申請者

署名もしくは押印が必要

(氏 名) 浜松 花子

ひとり親家庭等医療費助成金支給申請書

令和〇〇年〇〇月分の医療費の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

受給者証番号	1 2 3 4 5 6	申請金額	記入しない	円
受診者氏名等	浜松 太郎	生年月日	S・H・R〇〇年〇月〇〇日生	
加入医 療保険	被保険者（氏名） 浜松 花子	記号・番号 0 0 0 0 0 0 0	保 険 者 名 浜松市	付加給付 有・無

受給者証をみて記入

受 診 証 明 書

令和 年 月 分

国保は、浜松市
社会保険は、〇〇県
健保組合は、〇〇組合

医 療 機 関 等	区 分	保険診療総点数	保険診療一部負担金	
医療機関等	外 来	点	円	日
	入 院	点	円	
	入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日	(日間)	
	柔道整復等	(保険診療金額) 円	円	日
薬局	院外処方箋	点	(調剤一部負担金) 円	日

(受診者名) 様

上記のとおり証明します。

令和 年 月 日

住所

医療機関等

名称

印

市 記 入 欄	審 査 欄	保険診療一部負担額 (イ)	控 除 額 (ロ)		自己負担額(ハ) 一医療機関ごと 500 円	差引支給決定額 (イ)-(ロ)-(ハ)
		円	高額療養費	付加給付金	円	円
		円	円	円	円	円
市町村民税課税状況 (課税・非課税)		高額療養費		回目	入力	