

別記様式第6号

(医・歯)

決 裁						受付	年 月 日			
						伺	年 月 日			
						決定	年 月 日			
						支給	年 月 日			
支 給 内 容	保険診療	控 除 額				交付決定額				
	合計金額	附加給付額	他法負担額	高額療養費等						
	円	円	円	円	円	円				
					再審		台帳		計算	
ひとり親家庭医療費助成申請・請求書										
越知町長 様					年 月 日					
					申請者 住 所 (保護者)氏 名					
ひとり親家庭医療費の助成を受けたく申請し請求します。										
請 求 額		円 年 月 診療分(外・入)								
受給者証記号番号				加入 医療 保険	被保険者証 記号番号					
受 給 者	氏 名		男 女		被保険者氏名					
	生 年 月 日		年 月 日		保 険 種 別		国・国組・政・健組・船・共			
領 収 書										
領収金額(合計) 円					患者	本人 家族	家族氏名			
					診療月					年 月 分
上記のとおり領収しました。ただし、保険診療対象以外のものは除外してあります。										
年 月 日					住 所 医療機関等名 医師等名 ※ { 発行責任者名 担 当 者 名 連 絡 先					

受取銀行
銀行本店
支店

※押印を省略する場合は記入してください。