

母子父子家庭医療費助成申請書

療 養 者	氏名		加 入 医 療 保 険	被保険者 (組合員)	
				保 険 証 記号番号	
	生年月日			保 険 者 名	

(医療費(領収書の額) - 一部負担金 = 助成申請額)

円 - 円 (通院の時) = 円

円 - 円 × 日 (入院の時) = 円

助成申請額 金 円

(添付書類 領収書等)

住 所 江府町大字

申請書

氏 名

(受給資格者との続柄:)

江 府 町 長 様

様式第2号(第6条関係)

領 収 書			
(母子父子家庭医療費)			
療養者名		診療月	月 月分
領収金額		保健医療 対象総点数	点
これは保健医療で認められた医療費の本人一部負担金である。			
年 月 日			
医療機関の所在地及び名称			
開設者氏名			印
様			

- 注
- 1 この領収書は江府町母子父子家庭医療費助成申請書の添付書類です。
 - 2 保健医療で認められていないベットの差額料金等は含まれませんのでご注意ください。
 - 3 食事療養費は、助成対象となりません。
 - 4 収入印紙は不要です。

医 療 費 申 請 の 手 続

申請するところ

江府町役場 福祉保健課

持参するもの

1この領収書

2印鑑

3医療保険の保険証

4支給差額証明書(家族療養費附加給付金等他の制度により給付金のある方のみ)