

受給者番号 第 号

八千代市ひとり親家庭等医療費等助成請求書

令和 年 月 日

(宛先) 八千代市長

住 所
請求者 氏 名
電 話

下記のとおり医療費等の助成を請求します

受 診 者	氏 名			請求者との続柄		
	住 所			生年月日	年 月 日	
	加入医療保険	全・組・船・共・国	記号・番号 保 険 者 名			本人 家族

保 険 医 療 機 関 等 証 明 欄	診療・調剤報酬証明書（入院・通院・調剤） ※該当に○をつけてください			
	診療・調剤月	年 月 分	診療報酬総点数	点
	公費負担額	有(円)・無	調剤報酬総点数	点
	診療等日数	日	保 険 診 療 一部負担金	円
	入院食事療養費等	円	証明手数料	円
	保険医療機関等の 名称・所在地	上記のとおり証明します。 印 ※診療等日数が複数日の場合は、診療日ごとの 保険診療自己負担額の記入をお願いします		診療日明細欄 ・ 日 円 ・ 日 円 ・ 日 円 ・ 日 円

振 込 先	金融機関名		支 店 名	
	預 金 種 別	普 ・ 当	口 座 番 号	
	口座名義人	(ｶﾀｶﾅ)		

$$D = A - (B + C)$$

市 補 助 欄	自己負担A	高額療養費B	一部負担額C		助成額D	
	医 円	円	通院 300× 回	1 0 0 0 円		300
	食等 円		調剤 無料	0 円		
	円		入院 300× 日	手数料	円	0
円	円		円			