

① ひとり親家庭等医療費助成制度  
医療助成費支給申請書

支給決定額	※	円
-------	---	---

負担者番号	8	1	1	3	7267・6269	世帯主組合員
受給者番号						被保険者氏名
保険の種類	1 国保	2 組合	3 協会	4 日雇	被保険者証記号番号	
	5 船員	6 共済	7 後期			
保険者名	番号			名称		
対象者氏名				生年月日	年	月 日
申請の種類	1 一般 2 歯科 3 薬剤 4 看護 5 移送 6 補装具 7 柔道整復 8 その他					
入院・入院外の別	1 入院 2 入院外					
診療等を受けた期間	年 月 日から 年 月 日まで ( )日間					
医療費総額						円
(一部負担金相当額)	(					円)
(食事療養標準負担額)	(					円)
申請の理由	1 都外診療 2 医療証送付前診療 3 医療証の忘れ 4 その他(詳しく書いてください。)					
振込先金融機関	銀行 店			1 普通 2 当座	口座番号 口座名義 (カカナ)	
上記のとおり、ひとり親家庭等医療費助成制度の医療助成費の支給を申請します。						
令和 年 月 日						
武蔵野市長 殿						
住所 武蔵野市						
氏名						
電話番号 ( )						

身元確認 世帯確認

注

- ※印欄は、記入しないでください。
- 番号を付けてある欄は、該当の番号を○で囲んでください。
- 武蔵野市の国民健康保険以外の保険に加入している方は、保険の療養費支給決定通知書又は領収書を添えて申請してください。  
なお、保険で付加給付のある場合は、申し出てください。

領収書枚数	枚
-------	---