

野田市ひとり親家庭等医療費助成金支給申請書

平成23年 4月 1日

(宛先) 野田市長

申請者 住所 野田市鶴奉7-1
氏名 野田 花子



下記のとおり医療費等の給付を申請します。

氏名	野田 花子		申請者との続柄	本人
住所	同上		生年月日	S44. 3. 1
加入医療 保険	名称	国保	記号番号	野田 1234567
	本人・家族の別		<input checked="" type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 家族

保険医療機関・保険薬局証明欄

診療・調剤報酬証明書 (入院・通院・調剤) ※該当に○印を付けてください				
診療(調剤)月	年 月分	公費負担額	有()円・無	
保険総点数	入院 点	外来 点	調剤 点	
入院延日数	日	入院時食事療養費 及び生活療養費の 標準負担額	()円×()日	
一部負担額	円	証明手数料	円	
保険医療機関又は 保険薬局の名称・氏名・所在地	上記のとおり証明します。 年 月 日			

窓口記入欄

自己負担額 A		付加給付の 額等 B	標準負担額 C		証明手 数料 D	助成交付額 E A - (B + C) + D
医 食等 薬	円 円 円	有 無	円 円 円	計 円	円	円

確認者印