

ひとり親家庭医療費支給申請書

年 月 日

白浜町長 様

住 所 白浜町

申請者氏名

印

受給者番号			加 入 保 険	被保険者氏名	
受給者氏名				保険証記号番号	
個人番号				保険者名	
療養者	氏名			附加給付の有無	有 無
	生年月日	年 月 日			

¥ 也

社 社保

ただし 保険診療一部負担金として (月分)

国 国保

保険診療総点数		傷病名	
他法負担金点数		入院 外来の別	診療 実日数 日

振込希望先	銀行 支店 (組合・金庫・農協)	口座種別	普通 ・ 当座 ・
		ふりがな	
口座番号		口座名義	