

ひとり親家庭等医療費助成金支給申請書

(あて先) 沼津市長

令和 年 月 日

住所 沼津市
受給者

受給者(母・父等)の
住所・氏名・生年月日

氏名

(電話)

受給者が記入してください

受給者証番号	受給者証(オレンジ色)の番号	加入医療保険	保険証を確認してください ・名称 国保・協会・組合のいずれかを記入 ・保険者名 国保→沼津市、協会→全国健康保険協会 ○○支部、組合→ ○○健康保険組合
受診者氏名	医療機関等に受診した方の氏名・生年月日		
口座	届出銀行口座情報	銀行・信用金庫・農協 本店・支店・支所・出張所	口座番号

保険診療等領収証明書

(¥を付けて下さい)

年	外来 入院 月 日 ~ 月 日	保険診療による 自己負担額のみ 〔 保険点数 〕 点	十	万	千	百	十	壹	円
月分	薬剤								

受給者は記入しないでください

※医療機関等の証明が必要なもの※

- ・領収書に受診者氏名、受診日、保険診療点数等が記載されていない場合

◎注意事項◎

- ・領収書の本書を、「人ごと」、「月ごと」、「医療機関(病院、薬局等)ごと」に申請書を分けて、申請書の裏面に領収書を添付してください。
- ・受給資格期間内で診療から**1年以内**が払い戻しの対象となります。
- ・申請書は沼津市のホームページでダウンロードできます。

申請書ダウンロード>申請書一覧>市民福祉部・こども家庭課>ひとり親家庭等医療費助成金支給申請書(PDF版)

◇申請書の提出が必要な場合◇

- 1) 静岡県外の医療機関を受診した場合
- 2) ひとり親家庭等医療費助成金受給者証が届くまでに医療機関等に受診した場合
- 3) 医療機関等に提示し忘れた場合