



# 府中市ひとり親家庭等 医療助成費支給申請書

府中市長

次のとおり、ひとり親家庭等医療助成費の支給を申請します。

届 出 日		年 月 日				受 付 印				
申 請 者 (受給者本人)	住 所	府中市								
	フリガナ氏名									
	電 話	( ) —								
受診対象者	負担者番号		8	1	1	3				
	受給者番号									
	フリガナ氏名				生年月日	年 月 日				
申 請 の 種 類	01 医科      02 歯科      03 調剤      04 治療用装具 10 その他 ( )									
入院・入院外の別	入院					入院外				
診療等を受けた期間	年 月 日 ~				年 月 日					
病院等の名称・所在地	名 称 ※所在地・電話番号は、別添領収書のとおり									
申 請 の 理 由 (詳しくご記入ください)	1 医療証を忘れたため 2 医療証が届く前に受診したため 3 都外で受診したため 4 その他( )									

<注意>

- 1 住所・氏名・電話番号等、太枠内をご記入ください。
- 2 医療機関等で発行される保険点数が記載されている領収書（原本）を添えて申請してください。  
(健康保険組合発行の療養費支給決定通知書をお持ちの場合は併せてご提出ください。)
- 3 ご加入の健康保険組合より付加給付のある場合は申出てください。

※市処理欄	診療年月	年 月	診療日数	日
	診療点数	医療費	助成対象外	支給決定額
	点	円	円	円
〈内訳〉				