

柔 整	鍼 灸
-----	-----

愛
ひとり親家庭医療費請求書

年 月 日

岩 出 市 長 殿

医療機関等の所在地及び名称
開 設 者 氏 名

印

年 月分のひとり親家庭医療費を次のとおり請求します。

公 費 負担者番号	8	2	3	0	0	1	7	9	受 給 者 名 氏	男 ・ 女
受給者番号										年 月 日生
被保険者証 記号番号									保 險 種 別	協・組・共・国・その他
									保 険 者 の 名 称	
診 療 実 日 数	年 月 日から 年 月 日まで 日間									
請 求 点 数	点	自 己 負 担 割 合		本人		家族		医 療 費 額		円
※ 請 求 点 数	点			[本人・家族の 別も○で囲ん でください]		3 割		2 割		※
						(その他)		割		決定請求額

振 込 指 定 金 融 機 関		預 金 口 座 番 号	口 座 名 義 人
銀行	本店	普 通 ・ 当 座	(ﾌｶﾞﾀ)
金庫	支店		
農協	出張所		

※ 印の欄は、記入しないこと。