

第6号様式（第10条第2項）

東金市ひとり親家庭等医療費等助成申請書

年 月 日

（宛先）東金市長

住所
申請者 氏名
電話

下記のとおり医療費等の助成を申請します。

記

氏名			続柄	本人・子・その他（ ）
住所			生年月日	年 月 日
加入医療保険	保険者名称	1 東金市国民健康保険	2 その他	
	交付年月日	年 月 日	資格取得年月日	年 月 日

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）				注 該当するものに○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	
証明手数料	円			
保険医療機関又は保険薬局の名称、代表者氏名及び所在地	上記のとおり証明します。 (取扱者)			

市職員記載欄

自己負担額 A	附加給付額等 B	一部負担額 C	証明手数料 D	助成額 A - (B + C) + D = E
円	有・無 円	円	円	円

確認者印