

領収書枚数をご記入ください。

その2

領収書添付枚数 〇 枚

ひとり親家庭等医療費助成金支給申請書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

(宛先) 金沢市長

申請者 住所 金沢市広坂〇丁目〇番地〇号

氏名 金沢 花子

電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

受診された方の受給資格証番号、氏名等をご記入ください。

医療費助成金の支給を受けたいので、次のとおり申請します。

受診者	受給資格証番号	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	加入健康保険	保険者番号	×	×	×	×	×	×	×	×	
	ふりがな氏名	かなざわ はなこ 金沢 花子										記号	×××								
	個人番号											番号									
	生年月日	昭和・平成・令和 〇〇年〇〇月〇〇日										申請者と被保険者	子		被保険者氏名	金沢 太郎 ①					

②保険者の名称

(宛先) 金沢市長

医療費助成の確認に必要な税関係情報

※受診者の加入健康保険の確認書類がない、マイナポータルで確認できない場合に個人番号を記入。あわせて、①②を記入。②が不明の場合は勤務先名を記入(金沢市が個人番号を利用して確認を行います。)

日

加入健康保険の被保険者	住所	金沢市広坂〇丁目〇番地〇号										個人番号										
	氏名	金沢 太郎 (署名又は記名押印)										生年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日									

健康保険の被保険者の情報をご記入ください。
(署又は記名押印をお願いします。)

2 処理欄は、記入しないでください。

④高額療養費に該当する場合に記入
・一月あたり
・一医療機関(医師が処方した保険調剤薬局分も含む)
・21,000円以上の支払い
(食事代や差額ベッド代は含まない)

処理欄

1・森本 2・金石 3・犀川 4・安原 5・額
11・駅西 12・泉野HC 13・元町HC 14・駅西

元町

処理欄の記入は不要です