

ひとり親家庭等医療費等給付申請書

長生村長 様

電話 _____

対象受給資格者氏名	☐ 申請者と同じ。								
受給者番号									
加入医療保険	保険者名								
	記号・番号								
	被保険者氏名	☐ 申請者と同じ。							
	付加給付	☐ 有り ☐ 無し 自己負担限度額 円 円未満切捨て							
振込先	銀行・信用金庫 信用組合・農協				本店・支店 支所				
	普通・当座	口座番号							
	口座名義	☐ 申請者と同じ。							

又は計算書の内容を確認することができる保険医療機関等が発行する領収書