［注］ 1. 申請書は入院・外来・調剤別、診療月ごとに、
2. 申請書は、診療月の翌月に提出してください。
3. 申請書には、医療機関の証明か裏面に領収書の
4. 健康保険証、住所、氏名に変更がある場合は、

記入例

網掛けの箇所を記入してください。

ひとり親家庭等医療費助成申請書

令和 元 年 月 日

佐賀市長 様

申請者 住 所 佐賀市 栄町１番１号

（保護者） 氏名（フリガナ：サガ ハナコ） 佐 賀 花 子 印

TEL 40 － 7252

申請者記入欄

受給資格者		加入医療保険	
受給者番号	１２３４５６７	記号・番号	１２３４５６７ １２３４
診療を受けた者（助成対象者）	佐 賀 太 郎	被保険者氏名保	佐 賀 花 子
		保険者名	① 全国健康保険協会・佐賀 支部 2 佐賀市（国民健康保険） 3 健保組合 共済組合 国保組合
生年月日	H12 年 11 月 26 日生	保険者番号	０１４１００１８

受給者番号は「佐賀市ひとり親家庭等医療費受給資格証」（黄色のカード）の番号を書いてください。

「健康保険証」を見て書いてください。

医療機関等記入欄

保険診療額（領収）証明

患者氏名			
診療区		〔入院期間	2 外来（入院外） 3 調剤
保険診療総点		点	点
他法公費負担点数	点	点	点
保険診療一部負担金	円	円	円
訪問看護利用料		円	

上記の金額を令和 年 月に受領しました。

市役所記入欄

● **申請書を記入するときの注意**

申請書は、受診者ごと、さらに診療月・医療機関・調剤薬局ごと（入院と外来も分けて）に作成してください。

＜例＞１か月に病院２か所、歯科１か所、薬局２か所に行った場合は、合計５枚

● **申請書を提出するときに必要なもの**

1 印鑑（朱肉を使うもの）
2 「佐賀市ひとり親家庭等医療費受給資格証」（黄色のカード）
3 健康保険証
4 領収書 （※領収書がない場合は、申請書の「医療機関等記入欄」を医療機関から記入してもらってください。）

申請書は、医療費を支払った日の翌月以降１年以内に提出してください。