



都城市寡婦等医療費助成金申請(請求)書

都城市長 様

住所 都城市

助成対象者番号

氏名

電話 () -

令和 年 月分寡婦等医療費助成金の交付を受けたく申請(請求)します。

受診者氏名	保 険 証 内 容	被保険者氏名	記号番号
生年月日		保険者番号	保険者名
昭和 年 月 日生		450023	都城市

(注意) 下記太枠の中を保険診療分についてのみ、医療機関及び調剤薬局で記入してください。

【令和 年 月分】 診療報酬及び薬剤明細(1 入院 2 外来 3 歯科)				
診療科()				
診療実日数	保険診療点数	一部負担金	薬剤一部負担金	合計受領額
日	点	円	円	円
上記の金額を受領したことを証明します。				
令和 年 月 日 名称				
医療機関コード []				
医療機関等の 氏名				
電話				
【令和 年 月分】 調剤報酬明細				
薬剤投与日数	保険調剤点数	一部負担金	薬剤一部負担金	合計受領額
日	点	円	円	円
上記の金額を受領したことを証明します。				
令和 年 月 日 名称				
医療機関コード []				
調剤薬局等の 氏名				
電話				
*この太枠内の内容について訂正した場合には、医療機関、調剤薬局において訂正押印をお願いします。				

助成内容	世帯区分	助成回数	一部負担金	高額療養費	付加給付	控除額	交付決定額
	課税 非課税	回	円	円	円	1,000円	円

付加給付は _____円以上 _____円未満切捨・付加給付なし