様式第13号（第4条関係）

ひとり親家庭等医療費明細書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月分（※国保分・社保分）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者証番号 | 受診者氏名 | 生年月日 | 　住　所 | 総点数 | 一部負担額（点数×負担割合）１の位四捨五入 | 請求額 | ※決定金額 |
|  |  | 　　　・　　　・ | 　　　　　　　　　　　　　　番地 |  |  |  |  |
|  |  | 　　　・　　　・ | 　　　　　　　　　　　　　　番地 |  |  |  |  |
|  |  | 　　　・　　　・ | 　　　　　　　　　　　　　　番地 |  |  |  |  |
|  |  | 　　　・　　　・ | 　　　　　　　　　　　　　　番地 |  |  |  |  |
|  |  | 　　・　　　・ | 　　　　　　　　　　　　　　番地 |  |  |  |  |
|  |  | 　　　・　　　・ | 　　　　　　　　　　　　　　番地 |  |  |  |  |
|  |  | 　　・　　　・ | 　　　　　　　　　　　　　　番地 |  |  |  |  |
|  |  | 　　　・　　　・ | 　　　　　　　　　　　　　　番地 |  |  |  |  |
|  |  | 　　　・　　　・ | 　　　　　　　　　　　　　　番地 |  |  |  |  |
|  |  | 　　　・　　　・ | 　　　　　　　　　　　　　　番地 |  |  |  |  |
|  |  | 　　　・　　　・ | 　　　　　　　　　　　　　　番地 |  |  |  |  |
|  |  | 　　・　　　・ | 　　　　　　　　　　　　　　番地 |  |  |  |  |
|  |  | 　　・　　　・ | 　　　　　　　　　　　　　　番地 |  |  |  |  |
|  |  | 　　・　　　・ | 　　　　　　　　　　　　　　番地 |  |  |  |  |
| 計 |  |  |  |  |

※　　市役所記入欄