

申請者記入欄

① ひとり親家庭等医療費等支給申請書

年 月 日

(あて先) 本庄市長

申請者 住所

氏 名

電 話 ()

下記のとおり医療費を申請します。また、医療費の支給において、市が課税資料を閲覧し確認すること及び医療機関及び保険者等に給付状況等を確認することに同意します。

受 給 者	受給者証 記号番号		加 入 医 療 保 険	被保険者名 又は世帯主	
	ふりがな			名 称	国保・健保・共済 全国健康保険協会_____支部
	氏 名			記号・番号	
	生年月日	年 月 日			
申請額が21,000円 以上の場合		この申請分と同月に、保険診療分の医療費を21,000円以上支払った 家族がいますか。			はい・いいえ

(注) 上部申請書欄は、申請者が必ず記入してください。

医療機関記入欄

領 収 書				入院 日	外来 日
¥ _____ ただし、 年 月分保険診療一部負担金(他法本人負担金 _____ 円含む。) (入院時食事療養標準負担額は含まない。)					
保険診療総点数	点	他法負担分点数	点		
入院時食事療養標準負担額			県コード	医療機関コード	
¥ _____ (算定数 _____ 食)					
年 月 日			医療機関等所在地(住所)		
(受診者) _____ 様			名 称		
			氏 名		
			印		

(注) 1. 上部領収書欄は、医療機関等で記入してください。
 2. 他法負担分点数欄は、公費負担で支払われる額を点数で記入してください。

処 理 欄	診療一部負担金	高額療養費	附加給付額	支給決定額	加入保険	領収書枚数
	円	円	円			
	入院時食事療養標準負担額	市町村民税非課税	(非課税で長期該当)			書 類 別
円× 食 = 円	円× 食 = 円	円× 食 = 円	円		1 証明 2 領収書	