

親見
 八潮市ひとり親家庭等医療費支給申請書

令和 年 月 日

(宛先) 八 潮 市 長

住 所
(申請者) 氏 名
電 話 ()

下記のとおり医療費を申請します。

受給者	受給者証 記号番号		加入 医 療 保 険	世帯主・被保険者・ 組合員・加入者の氏名	
	ふりがな 氏 名(患者)			市町村民税の状況	課 税・非課税
	生年月日	S・H 年 月 日		記号番号	—
	区 分	入 院 H・R 年 月 日から入院日数 日 外 来 H・R 年 月分 外来日数 日		保険者番号	
				保 険 名 称	

注) 1 上部申請書は、申請者が記入してください。

	入院	日	外来	日
--	----	---	----	---

領 収 書

¥ _____

平成 _____

ただし、令和 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
---------	---	---------	---

¥ _____（算定食数 _____ 食）ただし、入院時食事療養標準負担額 _____ 円

令和 年 月 日

医療機関等所在地（住所）
名 称
_____ 様 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。（同月で入院と外来があった場合別々にしてください。）

2 他法負担分点数は、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	受付 年 月 日	通知 年 月 日	支払 年 月 日	
	保険診療一部負担金	高額療養費	附加給付	条例第6条一部負担金
	円	円	円	円
	入院時食事療養標準負担額	市町村民税非課税	(入院4か月以降)	
円 × 食 = _____ 円	210円 × 食 = _____ 円	160円 × 食 = _____ 円		支給額計 円

注) 処理欄における「保険診療一部負担金」の欄には、外来薬剤一部負担金を含めるものとする。

食 事		所 在	種 別	登 録 番 号	区 分

《確認事項》

1. 学校行事や部活動などでの怪我または交通事故による医療費ですか？ 【はい・いいえ】
2. 入院等で21,000円以上の医療費を自己負担されましたか。 【はい・いいえ】
⇒ 「はい」とお答えの方
 - ① ご家族で同月に医療費が21,000円以上かかった方はいますか。 【はい・いいえ】
 - ② 限度額適用認定証の交付を受けましたか。 【はい・いいえ】

(親見) 八潮市ひとり親家庭等医療費支給申請書

平成 年 月 日

(宛先) 八 潮 市 長

住 所
(申請者) 氏 名 印
電 話 ()

下記のとおり医療費を申請します。

受給者	受給者証 記号番号		加入 医療 保 険	世帯主・被保険者・ 組合員・加入者の氏名	
	ふりがな 氏名(患者)			市町村民税の状況	課 税・非課税
	生年月日	S・H 年 月 日		記号番号	—
区分	入院	年 月 日から入院日数 日	名称		
	外来	年 月分 外来日数 日			

注) 1 上部申請書は、申請者が記入してください。

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及び外来薬剤一部負担金は含まない—

保険診療総点数	点	他法負担分点数	点
---------	---	---------	---

¥ _____ ただし、外来薬剤一部負担金

¥ _____ (算定食数 食) ただし、入院時食事療養標準負担額

※平成18年3月分までは算定日数に変えてください。

平成 年 月 日

医療機関等所在地 (住所)
名 称
_____ 様 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。(同月で入院と外来があった場合別々にしてください。)
2 他法負担分点数は、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	受付 年 月 日	通知 年 月 日	支払 年 月 日	
	保険診療一部負担金	高額療養費	附加給付	条例第6条一部負担金
	円	円	円	円
	支給額計			
	入院時食事療養標準負担額	市町村民税非課税	(入院4か月以降)	
	円×食= 円	210円×食= 円	160円×食= 円	

注) 処理欄における「保険診療一部負担金」の欄には、外来薬剤一部負担金を含めるものとする。

食事	所在	種別	登録番号	区分