ひとり親家庭等医療費支給申請書記入例

※申請者の氏名は、受給資格証の申請者名を記入してください。
申請する場合は、受診月の翌月以降に提出してください。

様式第6号(第17条関係)　　(平成１４年１月分から)

提出する年月日を記入してください。

(親)　八潮市ひとり親家庭等医療費支給申請書

令和　2 年　5 月　1 日

(宛先)　八 潮 市 長

八潮市ひとり親家庭等医療費受給者証の記号番号を記入してください

※(申請者)

住 所　八潮市　中央1-2-1
氏 名　八 潮　花 子
電 話　048 (996) 2111

下記のとおり　　費を申請します。

受給者	受給者証記号番号	２３４５	加入医療保険	世帯主・被保険者・組合員・加入者の氏名	八 潮　花 子
	ふりがな 氏名(患者) 生年月日	やしお　ももこ 八 潮　桃 子 S・(H) 1 年 4 月 2 日		市町村民税の状況	課　税・(非課税)
				記号番号	064－1234
				保険者番号	110346
区分	入　院	H・R　年　月　日から入院日数　日		名称	八潮市国保
	外　来	(H・R) 2年 4月分　外来日数 3日			

注意) 1　上部申請書欄は、申請者が記入してください。
注意) 2　下部の≪確認事項≫につきましても。申請者が記入してください。
医療機関で証明をもらうか、保険点数等がわかる領収書を添えて提出してください。

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

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	支給額計
	円	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＝	210円×　食＝	160円×　食＝		

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】

同じ月で医療機関（薬局分も別）が違う時
同じ月で入院と通院があるとき
同じ月で診療科が違う時
は、それぞれ１枚必要になります。