

様式第6号(第17条関係)

処理欄	保険診療一部負担金	高額療養費	附加給付	通院等・入院自己負担金	支給額計
	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	円×食=円	円×食=円		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。

## ひとり親家庭等医療費支給申請書

年 月 日

和光市長 様

住 所 和光市

氏 名

電 話 ( )

下記のとおり医療費を申請します。

対象者	受給者証番号								加入医療保険	世帯主・被保険者・組合員・加入者の氏名	
	氏名	生年月日 S・H 年 月 日								市町村民税の状況	課税 ・ 非課税
区分	入院	年 月 日から入院日数 日							健康保険名称	国保・健保・協会・共済	
	外来	年 月分 外来日数 日									

注 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

¥ \_\_\_\_\_

ただし、年 月分保険診療一部負担金(他法本人負担金 \_\_\_\_\_ 円を含み、外来薬剤費一部負担金及び入院時食事療養標準負担額を含まない。)

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 \_\_\_\_\_

¥ \_\_\_\_\_ (算定日数 \_\_\_\_\_ 日)ただし、入院時食事療養標準負担額 \_\_\_\_\_

年 月 日

医療機関等所在地(住所)  
名 称 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

様

注1 上部領収書欄は、医療機関等で証明を受けるか、領収証を添付してください。

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。