

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
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	
	氏 名		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	名 称	電 話 ()
	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		
_____ 様		
_____ 印		

注1 上部領収書は、医療機関等が記入してください。

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	通院等・入院自己負担金
	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	円 × 食 = _____ 円	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。