

処理欄	一部負担金	高額療養費	附加給付金	支給額
	円	円	円	点円

申請者記入欄

ひとり親家庭等医療費支給申請書

和光市長様

年 月 日

申請者(保護者) 住所 和光市

氏名

資格証番号

電話 ()

対象者

氏名

生年月日 年 月 日

診療年月 年 月 分

加入保険

世帯主・被保険者
組合員・加入者の氏名

記号・番号

保険者名
(健保組合等)

① 保育所、幼稚園、学校の管理下（通園・通学・部活動を含む）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 【申請額が21,000円以上の場合】
この申請以外に、上記対象者と同じ健康保険組合に加入されているご家族で、同じ月に1つの医療機関で21,000円以上支払った医療費（保険診療分）はありますか。

はい / いいえ

③ 【申請額が21,000円以上の場合】
この申請以外に、上記対象者と同じ健康保険組合に加入されているご家族（上記対象者含む）で、過去1年間に高額療養費に該当した医療費はありますか。（回数を記入）

(回)

※ここに領収証をのり付けしてください。

医療機関等記入欄

区分	外来・調剤・入院 (日)	受診者名	
診療月	年 月 分	保険診療 (総点数・総医療費) ※どちらかに○してください。	点・円
他法負担点数	点	保険診療一部負担金 ※ 入院時の食事療養に係る 標準負担額は含まない。	円
上記のとおり領収しました。 年 月 日 医療機関等所在地 名称 氏名 印			

(注) 1 領収証は、各医療機関ごと、各調剤薬局ごとに1ヶ月分を1枚の用紙に添付してください。（同じ医療機関でも入院・外来・歯科・調剤は別にしてください。）
2 診療を受けた月の翌月以降に申請してください。
3 申請期限は、医療機関等に医療費を支払った日の翌日から起算して5年です。
4 領収証を添付するか、医療機関等記入欄に医療機関等から証明を受けてください。