

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・R 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								記 号 ・ 番 号	.	
	外 来	年 月分 外来日数 日								健康保険名称	国保・健保・協会・共済	

注 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。