

①ひとり親家庭等医療費支給申請書

年 月 日

(あて先) 三芳町長

住 所  
氏 名  
電 話 ( ) 印

下記のとおり医療費を申請します。

記 入 欄	受給者番号		加入 医療 保険	世帯主・被保険者 組合員の氏名	
	ふりがな 氏 名			記号・番号	
	生年月日	S・H・R 年 月 日		名 称	
	学 年	小学校・中学校・高校( 年生)			
	区 分	入 院	年 月 日から 入院日数 日	市町村民税の状況	課 税 ・ 非課税
	外 来	年 月分 外来日数 日			

注) 上記申請書は申請者が記入してください。

医 療 機 関 等 記 入 欄	領 収 書		入院	日	外来	日
	¥ _____ ただし、 年 月分保険診療一部負担金(他法本人負担分 円含む) ※入院時食事療養標準負担額を含まない					
	受診日	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31				
	受診した日に○をつけてください					
	保険診療総点数 (費用額)	点(円)	他法負担分点数	点		
	年 月 日 _____ 様 医療機関等所在地(住所) 名 称 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。  
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	公費	条例第6条自己負担金	免除	支給額計
	円	円	円	円	円	非・該	円