

① ひとり親家庭等医療費支給申請書

令和 年 月 日

(あて先) 三芳町長

住 所  
氏 名  
電 話 ( )

下記のとおり医療費を申請します。

対象者	受給者番号		加入医療保険	被保険者等の氏名			
	ふりがな氏名			記号	番号		
	生年月日	S・H・R 年 月 日		保険者名称	<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 ( )支部 <input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険組合 <input type="checkbox"/> 共済組合		
申請額が21,000円以上の場合		申請した受診月の同月中に1か所の医療機関等に保険診療分の医療費を21,000円以上支払った家族はいますか?			はい・いいえ		
学校等での授業・行事・部活動、又は交通事故によるけがや疾病の医療費ですか?					はい・いいえ		

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
	円 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		
	令和 年 月 日					
様						
医療機関等所在地(住所)						
名 称						
氏 名						

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	保険診療一部負担金 ①	高額療養費 ②	附加給付 ③	公 費 ④	助 成 額 ① - (②+③+④)
	円	円	円	円	円

領 収 書

入 院 日

外 来 日

貼 り 付 け

処 理 欄	保険診療一部負担金 ①	高額療養費 ②	附加給付 ③	公 費 ④	助 成 額 ① - (② + ③ + ④)
		円	円	円	円