

① ひとり親家庭等医療費支給申請書

令和〇年〇月〇日

(あて先) 三芳町長

住所 三芳町藤久保〇〇〇〇-〇

氏名 三芳 太郎

電話 〇〇〇(〇〇〇〇)〇〇〇〇

下記のとおり医療費を申請します。

対象者	受給者番号	〇〇〇〇〇〇〇	加入医療保険	被保険者等の氏名	三芳 太郎		
	ふりがな氏名	みよし いちろう 三芳 一郎		記号	〇〇〇〇	番号	〇〇〇〇〇〇
	生年月日	S・H・R 〇年 〇月 〇日		保険者名称	<input type="checkbox"/> 〇〇〇〇〇〇 <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 <u>いいえ</u>		
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・ <u>いいえ</u>		

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
	紛失等で領収書がお手元がない場合に、医療機関で医療費を支払った証明を受けてください。							
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