

① ひとり親家庭等医療費支給申請書

年 月 日

松伏町長 様

住所 松伏町

氏名

電話 ()

下記のとおり医療費を申請します。

対象受給者	受給資格証 記号・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			市町村民税の状況	課税・非課税
	生年月日			記号・番号	
				名 称	

注) 上記申請書欄は、申請者が記入してください。

	入院 日	外来 日
領 収 書 (医療機関証明欄)		
¥ _____		
ただし、 年 月分保険診療一部負担金(他法本人負担金 _____ 円含む)		
— 入院時食事療養標準負担額は含まない —		
保険診療総点数	点	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		
②		

- 注) 1 上部領収書欄は、医療機関等で証明を受けてください。同一の内容の記載された領収書を添付する場合は省略できます。
 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。
 3 証明手数料として、100円がかかります。

処理欄	保険診療 一部負担金	高額療養費	附加給付	条例第6条 自己負担金	支給額計
	円	円	円	円	円