

《記入例》

様式第6号(第17条関係)

(親) ひとり親家庭等医療費支給申請書

○年 ○月 ○日

住所 松伏町 松伏2424
氏名 松伏 花子
電話 (991)1876

受給者証の受給者証番号の欄の数字を記入してください

加入医療保険の内容をご確認のうえ、記入してください

下記のとおり医療費を支払います。

対象受給者	受給者番号	○○○○○○○	加入医療保険	世帯主・被保険者組合員の氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 同上 []
	ふりがな	まつぶし はなこ		記号・番号	松○○○-○○○○○○○
	氏名	松伏 花子		保険者名称	松伏町
	生年月日	H○年 ○月 ○日			

注) 上記申請書欄に申請者が記入してください。

医療機関を受診した方のお名前等を記入してください	領収書 (医療機関等証明欄)	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 円含む)
—入院時の食事療養に係る標準負担額を含まない—

保険診療総点数	領収書欄は、領収書を添付する場合は記入不要です。	点
---------	--------------------------	---

年 月

医療機関等所在地 (住所) 様

名称

氏名

- 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 他法負担分点数欄は、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	高額療養費	附加給付	支給額計
	円	円	円	円