

① ひとり親家庭等医療費支給申請書

年 月 日

松伏町長 宛て

住 所
氏 名
電 話

下記のとおり医療費を申請します。

| | | | | | |
|-------|-------|-------|--------|----------------|------------------------------------|
| 対象受給者 | 受給者番号 | | 加入医療保険 | 世帯主・被保険者組合員の氏名 | <input type="checkbox"/> 同上 [] |
| | ふりがな | | | 記号・番号 | |
| | 氏名 | | | 保険者名称 | |
| | 生年月日 | 年 月 日 | | | |

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 (医療機関等証明欄) | | | |
| ¥ _____ | | | |
| 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 | _____ 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 | |

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 |