

㊦ ひとり親家庭等医療費支給申請書

(宛先)

年 月 日

寄居町長

住所 寄居町大字

氏名

電話 ()

次のとおり医療費を申請します。なお、私又は私の扶養家族の医療保険加入期間内の診療分について、町が健康保険組合等に診療報酬、療養費等の給付状況等を確認することについて承諾します。また、自己負担額等の判定について、町が課税資料を閲覧し確認することに同意します。

受給者	受給者証 記号番号		加入 医療 保険	世帯主・被保険者・ 組合員・加入者の氏名	
	ふりがな 氏 名	-----		市町村民税の状況	課税 ・ 非課税
	生年月日	年 月 日		記 号 番 号	
区分	入 院	年 月 日から入院日数 日		名 称	電話 ()
	外 来	年 月分 外来日数 日			

(注) 上部申請書欄は、申請者が記入してください。

領 収 書	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） ー入院時食事療養標準負担額は含まないー		
保険診療総点数	点	他法負担分点数 点
〒 _____ （算定食数 食）ただし、入院時食事療養標準負担額		
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	受付 年 月 日	通知 年 月 日	支払 年 月 日	
	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
	円	円	円	円
	入院時食事療養標準負担額	市町村民税非課税	非課税（入院4か月以降）	円
	円×食= 円	円×食= 円	円×食= 円	