

① ひとり親家庭等医療費支給申請書

(宛先) 寄居町長 年 月 日

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） —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		
¥ (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		支 給 額 計
	円	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× 食＝ 円	円× 食＝ 円		円× 食＝ 円		