

ひとり親家庭医療費助成金請求書

申請者記入欄（太枠の中を記入して下さい。）

昭和町長	様	令和	年	月	日
		申請者	住所		
			氏名		印
			電話番号		— —

下記のとおり、領収書を添えて医療費の助成を申請します。

診療月	令和	年	月	助成申請額	円
受診者	受給資格者証番号				
	氏名		生年月日	S・H・R	年 月 日
助成申請額に対する他の制度による給付	無 有	内容	1 高額療養費 2 附加給付 3 他の医療費助成制度 4 交通事故等第三者行為による給付 5 その他()		

- 《注意》
- 1 国民健康保険以外の保険に加入している方は、高額療養費に該当したときは、当該支給決定通知書又は領収書を添付して下さい。
 - 2 加入医療保険・振込先金融機関に変更がある方は届出をして下さい。
 - 3 記名押印に代えて署名することができます。

医療機関証明欄

医療機関が発行する領収書(以下の内容が確認できるものに限ります。)を添付するか、枠内を受診した医療機関に記入してもらい、領収書を添付して下さい。

受診者氏名		診療年月	年 月
一部負担金 領収額	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	円(他法本人負担金	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
区分	1 医科 2 歯科 3 薬剤 4 その他()	入院時 食 事 療 養 費	入院日数 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 × 標準負担額 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 円
	1 入院 2 入院外		= 総額 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 円
保険診療 総点数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	他法負担 点数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

上記のとおり相違ありません。

令和 年 月 日

医療機関等 住所地
名 称
代表者

印

《注意》 1 点数で記入できない場合は、金額で記入して下さい。(この場合は、必ず円と記入して下さい)

2 番号をつけてある欄は、該当の番号を○で囲んでください。町記入欄

療養に要した費用額	円…(A)	高額療養費	円…(D)
法定一部負担額 (A) × 負担割合	円…(B)	付 加 給 付 額	円…(E)
他 法 負 担 分	円…(C)	入 院 食 事 負 担 額	円…(F)
支給 不支給→(理由 1 重複請求 2 有効期間外)	助成額 (B) - {(C) + (D) + (E)} + (F)		円