

㊦ ひとり親家庭等医療費支給申請書

平成 年 月 日

久喜市長 あて

住所 久喜市

氏名

電話 ()

下記のとおり医療費を申請します。

受給者	受給者証番号		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			市民税の状況	課税・非課税
区分	入院	年 月 日から入院日数 日	加入医療保険	記号番号	
	外来	年 月分外来日数 日		名称	電話 ()

注) 1 上部申請書は、申請者が記入してください。

	入院	日	外来	日
領 収 書				
¥ _____ 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 (結核予防法等)	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 上部領収書は、医療機関等で記入してください。

2 「他法負担分点数」の欄は、結核予防法等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	円
	保険診療一部負担金	高額療養費	附加給付	条例第7条自己負担金	支給額計		
	円	円	円	円			
	入院時食事療養標準負担額	市民税非課税	(入院4箇月以降)				
260円× 食=	円	210円× 食=	円	160円× 食=	円		