

① ひとり親家庭等医療費支給申請書

年 月 日

久喜市長 あて

住所  
氏名  
電話 ( )

次のとおり医療費を申請します。

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			記号番号	記号 番号
	生年月日	年 月 日生		名 称	<input type="checkbox"/> 久喜市国民健康保険
	診療月	年 月分			<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会( )支部 <input type="checkbox"/> ( )健康保険組合 <input type="checkbox"/> その他( )

注) 1 上部申請書は、申請者が記入してください。領収書は裏面にのり付けしてください。

	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	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

②

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、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	支 給 額 計		
	円	円	円			
	入 院 時 食 事 療 養 標 準 負 担 額	市 民 税 非 課 税	(非課税で90日超)			
	円× 食= 円	円× 食= 円	円× 食= 円			円