様式第１５号（第１７条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 　　　(　　　)  次のとおり医療費の支給を申請します。  　なお、当該支給額の算定に当たり必要がある場合は、診療報酬並びに高額療養費及び付加給付、日本スポーツ振興センターの災害給付その他の給付の状況等について、久喜市が確認することに同意します。 | | | | | | | | | |
| 受給者 | 受給者番号 |  | | | 加入医療保険 | 世帯主・被保険者・  組合員・加入者氏名 | |  | |
| ふりがな  氏名 |  | | | 記号番号 | | 記号  番号 | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | | | 名称 | □久喜市国民健康保険 | | |
| □全国健康保険協会（　　　　　）支部 | | |
| 診療月 | 年　　　月分 | | | □（　　　　　　　　　）健康保険組合 | | |
| □その他（　　　　　　　　　　　　） | | |
| 支給申請額に係る他の助成の有無（〇を付けてください。） | | | | | | | | | |
| 各健康保険組合等の高額療養費・  付加給付による給付（　有・無　） | | | 日本スポーツ振興センターの  災害給付（　有・無　） | 交通事故等第三者行為に  よる給付（　有・無　） | | | | | 他の医療費助成制度に  よる給付（　有・無　） |

　注）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。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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。）   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 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　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 | | 付加給付 | | 支払額計 |
|  |  | |  | | 円 |
| 入院時食事療養費標準負担額 | 市民税非課税 | | （非課税で90日超） | |
| 円×　食＝　　円 | 円×　食＝　　円 | | 円×　食＝　　円 | |

　※処理欄は記入しないでください。