

㊦ 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 ()

下記のとおり医療費を申請します。

なお、当該支給額の算定にあたり必要がある場合は、診療報酬及び高額療養費・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	<input type="checkbox"/> 久喜市国民健康保険 <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 ()
	診 療 月	年 月 分		称	

支給申請額に係る他の助成の有無 (○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 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	_____	付加給付	_____
	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	_____ 円

※処理欄は記入しないでください。