様式第6号(第17条関係)

㊒ ひとり親家庭等医療費支給申請書

令和　　年　　月　　日

(あて先) 三芳町長

住　所

氏　名

電　話　　(　　)

下記のとおり医療費を申請します。

対象者	受給者番号		加入医療保険	被保険者等の氏名			
	ふりがな 氏　名			記　号		番　号	
	生年月日	S･H･R　　年　　月　　日		保険者名称	□ 全国健康保険協会 (　　)支部 □ 健康保険組合　□ 国民健康保険 □ 国民健康保険組合 □共済組合		

申請額が21,000円以上の場合	申請した受診月の同月中に1か所の医療機関等に保険診療分の医療費を21,000円以上支払った家族はいますか？	はい ・ いいえ
学校等での授業･行事･部活動、又は交通事故によるけがや疾病の医療費ですか？		はい ・ いいえ

注)上記申請書は、申請者が記入してください。

医療機関等記入欄

入院	日	外来	日

領　収　書

¥

ただし、　年　月分保険診療一部負担金(他法本人負担分　円含む。)

※入院時食事療養標準負担額を含まない。

受診日	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

受診した日に○をつけてください。

保険診療総点数(費用額)	点(円)	他法負担分点数	点

令和　年　月　日

様

医療機関等所在地(住所)

名　称

氏　名

注)1 上部領収書欄は、医療機関等で記入してください。

2 他法負担分点数は、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	保険診療一部負担金 ①	高額療養費 ②	附加給付 ③	公　費 ④	助　成　額 ① －(②＋③＋④)
	円	円	円	円	円