様式第6号(第17条関係)

記入例

㊙ ひとり親家庭等医療費支給申請書

令和〇年〇月〇日

(あて先) 三芳町長

住　所　三芳町藤久保8555-1
氏　名　三芳　太郎
電　話　049(258)0019

下記のとおり医療費を申請します。

対象者	受給者番号	〇〇〇〇〇〇〇	加入医療保険	被保険者等の氏名	三芳　太郎	
	ふりがな 氏　名	みよし　いちろう 三芳　一郎		記　号	〇〇〇〇	番　号　〇〇〇〇〇〇
	生年月日	昭和 (平成) 令和　〇年〇月〇日		保険者名称	〇〇〇〇〇 ☐ 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

紛失等で領収書がお手元にない場合に、医療機関で医療費を支払った証明を受けてください。

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