

# (親) ひとり親家庭等医療費支給申請書

平成 年 月 日

吉見町長 様

住 所 吉見町

氏 名

下記のとおり医療費を申請します。

(電話 - )

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			市町村民税の状況	課 税 ・ 非 課 税
区分	入 院	年 月 日から入院日数 日	名 称	記 号 ・ 番 号	
	外 来	年 月分外来日数 日		電 話 ( )	

注) 1 上部申請書欄は、申請者が記入してください。

	入院 日	通院 日
領 収 書		
¥ _____		
ただし、平成 年 月分保険診療一部負担金(他法本人負担金 円を含む)		
—— 入院時食事療養標準負担額及び外来薬剤一部負担金は含まない ——		
保険診療総点数 _____ 点	他法負担分点数 (結核予防法等) _____ 点	
¥ _____ ただし、外来薬剤一部負担金		
¥ _____ (算定日数 日) ただし、入院時食事療養標準負担額		
平成 年 月 日		
医療機関等所在地(住所) 名 称 _____ 様 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 他法負担分点数欄は、結核予防法等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	条 例 6 条 一 部 負 担 金
	円	円	円	円
	入院時食事療養費標準負担額	市 町 村 民 税 非 課 税	( 入 院 9 0 日 超 )	
780 円 x 日 = 円	650 円 x 日 円	500 円 x 日 円	円	

注) 処理欄における「保険診療一部負担金」の欄には、外来薬剤一部負担金を含めるものとする。