

親ひとり親家庭等医療費支

記入例

平成〇〇年〇〇月〇〇日

吉見町長 様

住所 吉見町大字下細谷411
 氏名 吉見 花子
 (電話 54 - 1511)

下記のとおり医療費を申請します。

受給者	受給者証 記号番号	〇 〇 〇	加入 医療 保険	世帯主・被保険者・組 合員・加入者の氏名	吉見花子
	ふりがな 氏名	よし み はな こ 吉見花子		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		記号・番号	1234-567890
	外来	24年12月分 外来日数 2日		名称	吉見町健康保険 電話 0493(54)1511

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

この欄は、医療機関で証明してもらうか、領収書を添付してください。
 添付する領収書はのり付けしないでください。
 領収書を添付する場合は、必ず1ヵ月分をまとめて提出してください。
 領収書は、名前や保険適用分などの確認ができるものにしてください。
 高額療養費や付加給付の対象となる場合は、各保険組合からの支払証明
 の写しが必要になります。

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条自己負担金
	円	円	円	円
	入院時食事療養標準負 担額	市町村民税非課税	(入院90日超)	
円× 日 = 円	円× 日 = 円	円× 日 = 円		円