|  |
| --- |
| **ひとり親家庭等医療費支給申請書****No．****受　付　印****年　　月　　日****（あて先）鴻巣市長****住　　所****申請者　氏　　名****電話番号****下記のとおり医療費の支給を申請します。** |
| **対象者** | **受給者番号** |  | **加入保険** | **被保険者･組合員･****加入者･世帯主の氏名** |  |
| **ﾌﾘｶﾞﾅ** |  | **記号** | **番号** |  |  |
| **氏　　名** |  |
|
| **保険者名称****(保険組合等の名称)** |  |
| **生年月日** | **昭・平・令　 　年　 月　 　日 生** |
| **診療月** | **平・令　 　　　年　　　月分** | **保険者番号** |  |
| **（注）１　上記申請書欄は、申請者が記入してください。****２　この用紙は1か月単位です。受診した医療機関ごとに1枚お使いください。** |
|  | **入院　　　　日** | **外来　　　　日** |
| **領　　収　　書****￥****ただし、　　年　　月分保険診療一部負担金（他法本人負担額　　　　　　円を含む。）****－入院時食事療養標準負担額は含まない。－** |
|  | **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額負担額****年　　月　　日****医療機関****所在地****（受診者）　　　　　　　　　　　　様　　　名　　称****電話番号** |

**（注）１　上記領収書欄は、保険医療機関等で記入してください。**

**２　他法負担分点数欄は、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** | **課税状況** |  | **県内外区　分** |  | **区分** |  | **入院外来区分** |  | **申請者区　分** |  | **支　給　総　計** |
| **保険診療一部負担金** | **高 額 療 養 費** | **附 加 給 付** | **条例第６条一部負担金** |
| **円** | **円** | **円** | **円** | **円** |
| **入院時食事療養負担額** | **住民税非課税** | **入院90日を越える食数** |
| **円×　　食=　　　円** | **円×　　食=　　　円** | **円×　　食=　　　円** |