

No.

様式第6号（第17条関係）

親ひとり親家庭等医療費支給申請書

年 月 日

（あて先）鴻巣市長

受 付 印

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`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		保 険 者 番 号		
	診療月	平・令 年 月分				

(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					
<p>¥ _____</p> <p>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。-</p>					
保険診療総点数	_____ 点	他法負担点数	_____ 点		
<p>¥ _____ (算定食数 _____ 食) ただし、入院時食事療養標準額負担額 _____</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">医療機関 所在地 名称 電話番号</p> <p>(受診者) _____ 様</p>					

(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		
	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		円	