

親○ひとり親家庭等医療費支給申請書

年 月 日

上里町長様

住所 上里町大字

氏名

電話 ()

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	上里	加入 保険	世帯主・被保険者・ 組合員・加入者の氏名	
	ふりがな			名 称	健保・国保・共済・後期 全国健康保険協会 支部 電話 ()
区分	入院	年 月 日から入院日数 日		記号番号	
	外来	年 月分外来日数 日		市町村民税の状況	課税・非課税

注) 上部申請欄は、申請者が必ず記入してください。

医療機関記入欄

領 収 書

入院 日 外来 日

¥ _____

ただし、年 月分保険診療一部負担金 (他法本人負担金 円含む)

～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
---------	---	---------	---

¥ _____ (算定日数 回) ただし、入院時食事療養標準負担額

県コード	点数表	医療機関コード			

平成 年 月 日

医療機関等所在地 (住所)

_____様 名 称
氏 名 印

- 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。
 3. 点数で記入できない場合は、保険診療総点数の欄に10割分の金額で記入してください。
 (この場合、必ず円と記入すること。)

処理欄	保険診療一部負担金	高額療養費	附加給付	条例第6条自己負担金	支給額計
	円	円	円	円	
	入院時食事療養標準負担額	受 付 日	支 払 日		
	円× 回=	.	.	.	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。