

ひとり親家庭等医療費支給申請書

平成 22 年 11 月 5 日

(あて先) 富士見市長

住 所 富士見市 大字鶴馬1800-1

申 請 者 氏 名 富士見 花子

電 話 049-251-2711

下 記 の と お り 22 年 10 月 分 の ひ と り 親 家 庭 等 医 療 費 を 申 請 し ま す 。

受給者番号 *1	0 1 2 3 4 5	加入医療 保険名称	名 称	協会健保 埼玉支部
フリガナ	フジミ ハナコ	*13	記号・番号	埼012 3456
氏 名	富士見 花子			
生年月日	昭和・平成 51 年 8 月 24 日	市町村民税の状況		課税・非課税
申請額	3,450 円			

(注1) 申請書の太枠内を漏らさず記入し、下欄に医療機関等の証明を受けるか、又は領収書を裏面に貼付して、診療月の翌月以降に提出してください。

(注2) この申請書は、診療月ごと、医療機関(総合病院は内科と歯科)ごとに、入院・外来を区分して、それぞれ1枚ずつ記入してください。

医療機関等証明欄				
*2 診療年月	*3 区分	1入院・2外来	*4 日数	<input type="text"/> <input type="text"/> 日
年 月 診療分	診療科()	3歯科・4調剤		
	5その他・6訪問看護	7柔道整復		
*5 点数				
保険診療総点数	点	保険診療窓口負担額		円
他法負担分点数 (公費負担分)	点	(食事療養費を除く。)		
		*15・16 食事療養標準負担額	食分	円
		を領収しました。		
平成 年 月 日	医療機関所在地			
様	*6 名 称			
	氏 名			印

(注) 上部領収書欄は、医療機関等で記入してください。

市 処 理 欄	*7 支給相当額	*8 高額療養費 限度額	*9 附加給付金	*10 自己負担金	支 給 額
	円	円	円	円	円

*11 1県内・2県外

*12 証明書

ひとり親家庭等医療費支給申請について

1. 領収書について

- ・領収書は、受診者氏名、受診日、保険診療報酬点数、受領額、発行日、発行者及び領収印の記載のある原本を添付してください。
- ・レシートなどで前記の明細の記載のない場合は、表面の医療機関等証明欄に証明を受けてください。(やむを得ずレシートなどで明細のないものを添付する場合は、前記の領収書の明細を医療機関に記載をうけたものに限ります。)
- ・提出された領収書は、お返しできませんので、原本が必要な場合は、領収書の原本とコピーの両方を持参してください。照合して原本をお返しいたします。

2. 助成について

- ・保険診療における一部負担金が助成対象です。ただし、加入されている医療保険から給付される高額療養費や附加給付金がある場合は、その額を控除いたします。
- ・保険診療でない医療費(自費分)は、助成できません。
例(文書料、検診料、予防接種代、特定療養費、食事療養費、薬容器代)
- ・1ヶ月単位の医療費を翌月以降の10日までに申請されますと、その翌月の25日(金融機関が休業日の場合は、その次の営業日)に指定された口座に振り込みます。

3. その他

- ・加入保険、口座、住所などが変更になるときは、市役所又は出張所に届出をしてください。

問合せ先 〒354 - 8511 富士見市大字鶴馬1800 - 1
富士見市役所子育て支援課手当医療係
電話049 251 2711(内線)341