

# ひとり親家庭等医療費支給申請書

平成 年 月 日

(あて先) 富士見市長

住 所 富士見市

申 請 者 氏 名

電 話 ( )

下 記 の と お り 年 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		加入医療	名 称	
フリガナ			保険名称		
氏 名			*13	記号・番号	
生年月日	昭和・平成	年 月 日	市町村民税の状況		課税・非課税
申請額	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 年 月 診療分	*3 区分 1入院・2外来 診療科( ) 3歯科・4調剤 5その他・6訪問看護 7柔道整復
	*4 日数 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
*5 点数 保険診療総点数 点 他法負担点数 点 (公費負担分)	保険診療窓口負担額 円 (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 円	*8 高額療養費 限度額 円	*9 附加給付金 円	*10 自己負担金 円	支 給 額 円
------------------	---------------	----------------------	---------------	----------------	------------

\*11 1県内・2県外

\*12 証明書