

ひとり親家庭等医療費支給申請書

令和 7 年 12 月 1 日

（宛先） 富士見市長

受給者証の「5」からはじまる  
7桁の番号を記入してください。

住所 富士見市大字鶴馬1800-1  
氏名 富士見 太郎  
電話 049 (251) 2711

次のとおり令和 7 年 9 月分のひとり親家庭等医療費を申請します。なお、市が富士見市ひとり親家庭等医療費支給事務について、必要な事項を公により確認し、健康保険組合などに診療報酬・療養費等の給付状況等を照会することについて同意します。

受給者番号	*1	5123456	加入医療 保険名称	ア .....富士見市.....国民健康保険 イ .....健康保険組合 ウ 全国健康保険協会.....支部 エ .....共済組合
フリガナ	フジミ タロウ		申請額	3,156 円
氏名	富士見 太郎		*21 生年月日	昭和 <input checked="" type="radio"/> 平成 <input type="radio"/> 令和 8 年 12 月 3 日
			市町村民税の状況	<input checked="" type="radio"/> 課税 <input type="radio"/> 非課税
学校、幼稚園又は保育所の管理下でのケガ又は疾病で（ある・ <input checked="" type="radio"/> ない）。				
この申請分のほかに、対象の方や同一保険に加入している家族で、同じ月に、一つの医療機関で21,000円以上支払った医療費が（ある・ <input checked="" type="radio"/> ない）。ある場合、その方の氏名（ ）				
他の医療費支給制度の利用が（ある・ <input checked="" type="radio"/> ない）。ある場合、制度名（ ）				
交通事故等の第三者行為によるケガや疾病で（ある・ <input checked="" type="radio"/> ない）。				

（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、又は領収書を添付して、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、医療機関等（総合病院は医科と歯科）ごとに、入院・外来を区別して、それぞれ1枚ずつ記入してください。

領収書を裏面にホチキス等で添付してください。  
領収書を紛失した場合は、受診した医療機関等から証明を受けてください。

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 3 歯科・4 調剤

※4つの質問について、必ず（ある・ない）のどちらかに○をしてください。

- ① 学校等でのケガ・疾病はひとり親家庭等医療費の助成対象外となります。（学校等で加入している日本スポーツ振興センター災害共済給付から助成）「ある」の場合は、申請せず、学校等へお問い合わせください。
- ② 同一健康保険のご家族で、同じ月に一つの医療機関で一部負担金 21,000 円以上の医療費を支払った方が  
「いる」→その方の医療費の領収書など追加書類のご提出を依頼させていただく場合があります。  
「いない」→「いない」の場合でも、高額療養費や附加給付金など健康保険組合等から給付の可能性がある場合は、ご案内をいたします。
- ③ 他の医療費支給制度（育成医療・精神通院医療・小児慢性特性医療・特定医療等）の利用がある場合は、制度名の記入をお願いします。
- ④ 「ある」に○がある場合は、担当からご連絡させていただきます。

1 県内・2 県外  
証明書 □