

様式第6号（第17条関係）

ひとり親家庭等医療費支給申請書

令和 年 月 日

(宛先) 富士見市長

住 所
受給者 氏 名
電 話 ()

次のとおり令和 年 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、必要な事項を公簿等により確認し、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	加入医療 保険名称	ア 国民健康保険
フリガナ			イ 健康保険組合
氏名			ウ 全国健康保険協会 支部
*21生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		エ 共済組合
申請額	円		
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・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・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・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・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。

医療機関等証明欄					
*2 診療年月 年 月 診療分	*3 区分 診療科()	1入院・2外来 3歯科・4調剤 5その他・6訪問看護 7柔道整復・8補装具	*4 日数	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日	
*5 点数 保険診療総点数 点 他法負担分点数 点 (公費負担分)	保険診療窓口負担額 (食事療養費を除く。)			円	
*15・16食事療養標準負担額 食分			円		
を領収しました。					
年 月 日			*22 医療機関等コード 医療機関等所在地 名 称 氏 名		
_____様					

市 処 理 欄	*7 支給相当額 円	*8高額療養費 限度額 円	*9 附加給付額 円	*10 自己負担金 円	支 給 額 円	1県内・2県外
	*12 証明書 □					