

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 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			申 請 額	円
氏 名				
*2 1 生 年 月 日	昭和・平成・令和	年 月 日	市町村民税の状況	課税 ・ 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 ・ 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 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・8補装具	*4 日数 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。
年 月 日	様	
	*22 医療機関等コード 医療機関等所在地 名 称 氏 名	

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