

ひとり親家庭等医療費支給

申請者の氏名をご記入ください。
電話番号は日中連絡のつくものをご記入ください。

平成 3年 10月 1日

(あて先) 富士見市長

住所 富士見市 大字鶴馬1800-1

受給者証に記載されている「5」から始まる7桁の番号を記入してください。

申請者氏名 富士見 花子

電話 049-251-2711

ご加入の健康保険組合の名称をご記入ください。

下記のとおり(平成・令和) 年 9 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	5 1 2 3 4 5	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 埼玉 支部 エ 共済組合
フリガナ	フジミ ハナコ	*13	
氏名	富士見 花子	市町村民税の状況	課税・非課税
生年月日	昭和・平成・令和 51年 8月 24日		
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(総合病院については診療科)ごとに、区別して、それぞれ1枚ずつ記入してください。

お手持ちの受給者証に「免除」の記載があれば非課税に○、なければ課税に○を記入してください。

医療機関等証明欄	
*2 診療年月 ____年 ____月 ____日	*3 区分 1入院 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 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、受診した医療機関に証明を受けてください。	保険診療窓口負担額 _____ 円 (食事療養費を除く。)
____年 ____月 ____日	*15・16 食事療養標準負担額 _____ 食分 _____ 円 を領収しました。
____様	医療機関所仕 印
*6 氏名	*6 名称

(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