

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
申請者 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		*13	申請額 円
氏 名		申請額	円
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)			
申請額が21,000円以上の場合、この申請分のほかに、同じ月に、一つの医療機関で医療費を21,000円以上支払った家族(同一保険加入者)が (いる ・ いない)			

(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 他法負担分点数 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	医療機関所在地 *6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	*11 1県内・2県外
	円	円	円	円	円	*12 証明書 <input type="checkbox"/>