

様式第 6 号 (第 17 条関係)

親 ひとり親家庭等医療費支給申請書

年 月 日

幸手市長

住 所
氏 名
電 話 ()

次のとおり医療費を申請します。

| | | | | | |
|-----|--------------|---------------|----------------|-------------------------|-------------|
| 受給者 | 受給者証 記号番号 | | 加入 医療 保険 | 世帯主・被保険者・ 組合員・加入者の氏名 | |
| | ふりがな 氏 名 | | | 市町村民税の状況 | 課 税 ・ 非 課 税 |
| | | | | 記 号 番 号 | |
| 区分 | 入 院 | 年 月 日から入院日数 日 | | 名 称 | 電話 () |
| | 外 来 | 年 月分外来日数 日 | | | |

注) 上部申請書欄は、申請者が記入してください。

| | | |
|--|------------------------------|------|
| 領 収 書 | 入院 日 | 外来 日 |
| ¥ _____ | | |
| ただし、 年 月分 保険診療一部負担金 (他法本人負担額 _____ 円を含む) 入院時食事療養標準負担額及び外来薬剤一部負担金は、含まない。 | | |
| 保険診療総点数 _____ 点 | 他法負担点数 _____ 点 (結核予防法等) | |
| ¥ _____ ただし、外来薬剤一部負担金 | | |
| 年 月 日 | 医療機関等所在地 (住所) | |
| 様 | 名 称 | 印 |
| | 氏 名 | |

注) 1 上部領収書欄は、医療機関等で記入してください。
 2 他法負担点数欄は、結核予防法等公費負担で支払われる額を点数で記入してください。

| | | | | | | |
|-------------|-----------|---------|---------|---------------------|---------|-------|
| 処 理 欄 | 受付 | 年 月 日 | 通知 | 年 月 日 | 支払 | 年 月 日 |
| | 保険診療一部負担金 | 高 額 療 費 | 付 加 給 付 | 条 例 第 6 条 自 己 負 担 金 | 支 給 額 計 | |
| | | | | | | |

注) 処理欄における「保険診療一部負担金」の欄には、外来薬剤一部負担金を含めるものとする。