

ひとり親家庭等医療費 支給申請書 記入例

役場窓口、病院等に提出する日付、
申請者を記入してください。
また、「印」に押印してください。
(公簿確認の同意内容があるため)

申請者記入欄

親

ひとり親家庭等医療費支給申請書

美里町長

様

受診された方の、(水色はがき
タイプの)受給者証の番号と
氏名を記入してください。

令和元年 6月 1日

住所
氏名
電話

美里町大字木部323-1
美里花子
0495(76)1111

美里

下記のとおり医療費を申請します。

また、自己負担額等の判定について、課税台帳等の公簿の確認を行うことに同意します。

受給者	受給者証 記号番号	000	加入 医療 保険	世帯主・被保険 者・組合員・加入者 の氏名	美里花子
	ふりがな	みさと はなこ		市町村民税の状況	課税・非課税
	氏名	美里花子		記号番号	01-2345
区分	入院	年 月 日から 入院日数 日	名 称	美里町	
	外来	年 月 分 外来日数 日		電話 0495(76)1111	

注)1 上部申請書は、申請者が記入してください。

医療機関等記入欄

医療機関等記入欄

加入の健康保険証等の
記号番号、名称は必ず
記入してください。

¥

1つの医療機関等で1ヶ月毎に1枚の申請書が必要です。
申請書と一緒に、医療機関等の領収書(原本)をクリップ等で留めて、役場
戸籍福祉係窓口へ提出してください。
※児玉郡市内の医療機関の受付窓口には支給申請書を提出しますと、医療機関側が「医療
機関等記入欄」に1ヶ月分の証明を記載します。(領収書不要で申請できます。)

お願い：領収書に診療総点数が記載されていない場合は、恐れ入りますが、
医療機関等に保険診療点数の記入と医療機関の押印をしていただくよう
お願いいたします。

注) 1 上部領収書欄は、医療機関等で記入して下さい。

2 他法負担分点数は、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	役場記入欄	条例第6条自己負担金	支給額計
	円	円	円	円	円