

ひとり親家庭医療費助成金請求書

申請者記入欄 (太枠の枠を記入して下さい。)

年 月 日									
市川三郷町長 殿									
申請者 住所 市川三郷町									
氏名 印									
電話番号									
下記のとおり医療費の助成を申請します。									
診療月		平成 年 月				助成申請額		円	
受診者	対象者番号								
	氏名					生年月日		. .	
助成申請額に対する 他の制度による給付		無 有		内容		1 高額療養費 2 附加給付 3 他の医療費助成制度 3 交通事故等第三者行為による給付 4 その他()			

《注意》 1 国民健康保険以外の保険に加入している方は、高額療養費に該当したときは、当該支給決定通知書又は領収書を添付して下さい。
2 加入医療保険・振込先金融機関に変更がある方は届出をして下さい。
3 記名押印に代えて署名することができます。

医療機関証明欄

(医療機関が発行する領収書(以下の内容が確認できるもの)に限ります。)を添付するか、枠内を受診した医療機関に記入してもらってください。)

受診者氏名					診療年月	平成 年 月																		
一部負担金 領収額	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> 円(他法本人負担金												<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> 円含む)											
区分	1医科 2歯科 3薬剤 4その他()				入院時 食事 療養費	入院 日数	<table><tr><td></td><td></td></tr></table> 日			標準	<table><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> 円													
1入院 2入院外				= 総額	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> 円																			
保険診療 総点数	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> 点										他法負担 点数	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> 点												
上記のとおり相違ありません。 年 月 日 医療機関等 住所地 名 称 代表者 印																								

《注意》 1 点数で記入できない場合は、金額で記入して下さい。(この場合は、必ず円と記入して下さい)
2 番号をつけてある欄は、該当の番号を○で囲んでください。

市(町村)記入欄

療養に要した費用額	円…(A)	高額療養費	円…(D)
法定一部負担額 (A)×負担割合	円…(B)	付加給付額	円…(E)
他法負担分	円…(C)	入院食事負担額	円…(F)
支給 不支給 →(理由 1重複請求 2有効期間外)	助成額 (B)-{(C)+(D)+(E)}+(F)		円