

(親)ひとり親家庭等医療費支給申請書 年 月 日																																																																			
(宛先)入間市長																																																																			
申請者 住所 入間市 氏 名 電話番号 ( )																																																																			
次のとおり医療費を申請します。なお、市長が入間市ひとり親家庭等医療費支給事務に必要な事項を公簿等により確認し、及び健康保険組合等に診療報酬・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。																																																																			
申請者が記入する欄	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">受給者番号</td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;">世帯主・被保険者・組合員・加入者の氏名</td> <td style="width: 15%;"></td> </tr> <tr> <td rowspan="4" style="text-align: center;">受診者</td> <td>フリガナ氏名</td> <td colspan="5"></td> <td style="text-align: center;">加入医療保険</td> <td>保険者番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> <td colspan="3"></td> <td>記号・番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>診療月</td> <td>年</td> <td>月</td> <td colspan="5"></td> <td>名称</td> <td>国民健康保険 健康保険組合 共済組合 全国健康保険協会 支部</td> </tr> <tr> <td>区分</td> <td>入院</td> <td>日</td> <td>・</td> <td>外来</td> <td>日</td> <td colspan="3">市民税の状況</td> <td>課税・非課税</td> </tr> <tr> <td colspan="8">申請の中に、学校・保育所の管理下(通学中を含む。)でのケガや疾病があるか</td> <td>有・無</td> </tr> <tr> <td colspan="8">申請額が21,000円以上の場合は、この申請分のほかに、同じ月に1か所の医療機関等に医療費を21,000円以上支払った家族(同一健康保険加入者に限る。)がいるか</td> <td>有・無</td> </tr> </table>	受給者番号							世帯主・被保険者・組合員・加入者の氏名		受診者	フリガナ氏名						加入医療保険	保険者番号		生年月日	年	月	日				記号・番号		診療月	年	月						名称	国民健康保険 健康保険組合 共済組合 全国健康保険協会 支部	区分	入院	日	・	外来	日	市民税の状況			課税・非課税	申請の中に、学校・保育所の管理下(通学中を含む。)でのケガや疾病があるか								有・無	申請額が21,000円以上の場合は、この申請分のほかに、同じ月に1か所の医療機関等に医療費を21,000円以上支払った家族(同一健康保険加入者に限る。)がいるか								有・無
受給者番号							世帯主・被保険者・組合員・加入者の氏名																																																												
受診者	フリガナ氏名						加入医療保険	保険者番号																																																											
	生年月日	年	月	日				記号・番号																																																											
	診療月	年	月						名称	国民健康保険 健康保険組合 共済組合 全国健康保険協会 支部																																																									
	区分	入院	日	・	外来	日	市民税の状況			課税・非課税																																																									
申請の中に、学校・保育所の管理下(通学中を含む。)でのケガや疾病があるか								有・無																																																											
申請額が21,000円以上の場合は、この申請分のほかに、同じ月に1か所の医療機関等に医療費を21,000円以上支払った家族(同一健康保険加入者に限る。)がいるか								有・無																																																											

※領収書は、医療機関名・日付・診療月・子ども氏名・保険点数・金額が記入されている原本を添付してください。

医療機関記入欄 又は 領収書添付欄	領 収 書	入院 日 ・ 外来 日
¥ <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 150px; height: 20px;"></span> (保険診療の一部負担金に相当する金額)		
ただし、年 月 分保険診療一部負担金(他法本人負担金 円含む。)とし、入院時の食事療養に係る標準負担額を含まない。		
保険診療総点数	点 ※ (円)	左記の内、他法負担分 点 (公費負担等) 円
※柔道整復等の場合は、健康保険診療総額分に当たる金額(円)を記入してください。		
・処方元医療機関名(院外薬局の方が記入してください。)		
		医療機関コード <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 20px;"></span>
		医療機関等(所在地) 名 称 氏 名 TEL
		年 月 日
(注1)この領収書欄は、医療機関等で記入を受けてください。領収書等は、この欄に添付してください。 (注2)支給申請書は、「対象者」「医療機関」「診療月」「入院」「外来」ごとにまとめて提出してください。 また、別会計となる院外調剤分も、受診した医療機関と分けて申請ください。		

処理欄	診療一部負担金	控 除	高額療養費	附加給付	条例第6条一部負担金	入院時食事療養費	支給額合計
						円× 回 = 円	