

(親) ひとり親家庭等医療費支給申請書
令和 8 年 2 月 10 日

提出日、保護者の方の住所・氏名・連絡先を記入します

申請者 住所 入間市 東町9-8-7
氏名 入間 かえで
電話番号 〇〇 (〇〇〇〇)〇〇〇〇

黄色の「ひとり親家庭等医療費受給資格証」の記号番号を記入してください。
※公費負担者番号(83110254)ではありませんのでご注意ください。

申請者が記入する欄

受給者番号 1 2 3 4 5 6 7

加入医療保険 世帯主・被保険者・組合員・加入者の氏名 入間 かえで
保険者番号 110254
記号・番号 335-897
名称 入間市 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

受診者 フリガナ氏名 入間 やよい
生年月日 令和 4 年 12 月 20 日
診療月 令和 8 年 1 月
区分 入院 日・外来 3 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	領収書	収	領収書	領収書	日
	受診日 2026/1/10 発行日 2026/1/10		受診日 2026/1/17 発行日 2026/1/17	受診日 2026/1/26 発行日 2026/1/26	含む。)
	入間やよい様 保険点数 500点 保険請求額 1,000円 北海道豊岡22 こども薬局 印	入間やよい様 保険点数 500点 保険請求額 1,000円 北海道豊岡22 こども薬局 印	入間やよい様 保険点数 200点 保険請求額 400円 北海道豊岡22 こども薬局 印	点 円	

・処方元医療機関名(領収書)を記入してください。

県内の指定医療機関以外や県外の医療機関で受診した場合の申請方法です。

●申請書は、対象者ごと、月ごと、一つの医療機関ごとに1枚ずつ作成します。

「医療機関が記入する欄又は領収書添付欄」に領収書(原本)を添付し、ご申請ください。
記入例は、令和5年1月に、北海道のこども薬局に3回処方箋を持参し、医療費を支払った場合の申請書作成例です。

※領収書にて申請する場合には、「医療機関が記入する欄又は領収書添付欄」の記入は不要です。領収証がない場合には、医療機関から「医療機関が記入する欄又は領収書添付欄」に証明をもらい、ご申請ください。

※同じ月にかかった医療費であっても、1枚の申請用紙に、異なる医療機関の領収書を貼り付けて提出することはできません。

※申請の時効は5年です。受診した翌月より受付できます。