

親ひとり親家庭等医療費支給申請書

年 月 日

朝霞市長宛

住所

氏名

電話 ()

下記のとおり医療費の支給を申請します。

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
区分	入院	年 月 日から入院日数 日	保険証の 名称 〔 〕に名称を記入 し該当の保険に○ をしてください	〔 〕	<ul style="list-style-type: none"> ・朝霞市国民健康保険 ・国民健康保険 ・全国健康保険協会 ・健康保険組合 ・共済組合
	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
¥ _____		
年 月分保険診療一部負担金(他法本人負担金 円含む。)		
ただし、入院時食事療養標準負担額を含まない。		
保険診療総点数 _____ 点	他法負担分点数 _____ 点	
入院時食事療養標準負担額		
¥ _____ (算定回数 _____ 回)		
年 月 日		
医療機関等 所在地(住所) 名 称 氏 名		
様 _____ ⑩		

(注) 1 上部領収書欄は、医療機関等で記入してください。

2 他法負担分点数欄は、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 _____ 円	高額療養費 _____ 円	附加給付 _____ 円	条例第6条一部負担金 _____ 円	支給総計
	入院時食事療養標準負担額 260円 × = _____ 円	市町村民税非課税 210円 × = _____ 円	(入院90日以降) 160円 × = _____ 円		_____ 円