

様式第6号(第17条関係)

親 ひとり親家庭等医療費支給申請書

(あて先) 吉川市長
(子育て支援課扱い)

年 月 日

住所 吉川市 丁目 番地
氏名 印
電話 ()

下記のとおり医療費を申請します。

受 診 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
	生年月日	年 月 日		記 号 番 号	よ
			名 称	吉川市国民健康保険 電話 048(982)5111	

- 備考 1 上部申請書は、申請者が記入してください。
2 申請者の氏名の記載を自署で行う場合においては、押印を省略することができます。

	入院	日	通院	日
--	----	---	----	---

領 収 書

¥ _____

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)
入院時食事療養標準負担額及び外来一部負担金は含まない

保険診療総点数	点	他法負担分点数 (結核予防法等)	点
---------	---	---------------------	---

¥ _____ ただし、外来薬剤一部負担金

¥ _____ (算定日数 日)ただし、入院時食事療養標準負担額

年 月 日 医療機関等所在地(住所)
名 称
様 氏 名 印

- 注) 1 上部領収書欄は、医療機関等で記入してください。
2 他法負担分点数は、結核予防法等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	高額療養費	附加給付	条例第6条自己負担金
	円	円	円	円
	入院時食事療養標準負担額	市町村民税非課税	(入院4か月以降)	
780円× 日 = 円	650円× 日 = 円	500円× 日 = 円		

- 注) 処理欄における「保険診療一部負担金」の欄には、外来薬剤一部負担金を含めるものとする。