

親

ひとり親家庭等医療費支給申請書

年 月 日

東松山市長 あて

住所 東松山市

氏名

電話 ()

下記のとおり医療費を申請します。なお、市県民税課税台帳の内容確認を行うことに同意します。

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		
受給者 ふりがな 氏名	生年月日		年 月 日	市町村民税の状況	課税・非課税
	入院		年 月 日から入院日数 日	記号番号	
区分	外来		年 月分外来日数 日	名称	

注) 上部申請書は、申請者が記入してください。

入院		日	外来	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は含まない—				
保険診療総点数	点	他法負担分点数	点	
(柔道整骨では 保険診療総医療費 円)				
年 月 日				
_____様				
医療機関等所在地(住所)				
名称				
氏名				

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、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	支給額計	
	円	円	円	円	円	円