

親

ひとり親家庭等医療費支給申請書

令和3年 4月 5日

東松山市長 あて

住所 東松山市松葉町1-1-58

氏名 松山 花子

電話 090(1234)5678

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。

該当する方に
○

受給者証 記号番号	98765	加入 医療 保険	世帯主・被保険者・ 組合員・加入者の氏名	松山 花子
受給者 ふりがな 氏名	まつやま はなこ 松山 花子		市町村民税の状況	課税・非課税
	生年月日		平成3年11月1日	記号番号
区分	入院 年月日から入院日数 外来 2年3月分外来日数 1日		名称	東松山市国民健康保険

注) 上部申請書は、申請者が記入してください。

領収書		入院	日	外来	日
¥ _____					
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					

医療機関発行の領収書(氏名、診療日、保険診療点数、負担割合、保険診療一部負担金、領収書等の記載のあるもの)があれば領収書欄は記入不要です。領収書がない場合には、医療機関で記入してもらってください。

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