



1 証明書	2 レシート	1 医科入院	2 医科外来	3 歯科
4 調剤	5 療養費	6 歯科入院	7 食事	8 訪問看護
9 高額	10 その他		入院日数	日
点数	保険診療一部負担金	高額療養費	附加給付金	条例第6条自己負担金
点	円	円	円	円
点	円	円	円	円

受付印

ひとり親家庭等医療費支給申請書

年 月 日

(宛先) 行田市長

申請者 住 所
氏 名
電話番号

申請者記入欄

下記のとおり 年 月分の医療費を申請します。

受給者	受給者証番号		使用した医療保険	記号	番号
	フリガナ			保険者番号	
	氏 名			被保険者・世帯主等の氏名	
	個人番号			名 称	[☐ 全国健康保険協会 ☐ 健康保険組合 ☐ 国 保 ☐ 国保組合 ☐ 共済組合
	生 年 月 日	年 月 日			
他の給付の有無 (○をつけてください)	各健康保険組合等の高額療養費・ 附加給付による給付	有 ・ 無	日本スポーツ振興センターの 災害共済給付	有 ・ 無	
	交通事故等第三者行為による給付	有 ・ 無	他の医療助成制度による給付	有 ・ 無	

医療機関等記入欄	1 入院 日		2 外来 日	
	領 収 書			
	〒 ※保険診療対象外の費用は含まない			
	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) 一入院時の食事療養に係る標準負担額は含まない			
	保険診療総点数	点	他法負担点数	点
	県コード		医療機関コード	
	年 月 日			
	医療機関所在地(住所)			
受給者様 名 称 氏 名				
印				

※申請者の方へ

- ・申請者記入欄にもれなく記入してください。
- ・申請書は、医療機関等、診療月、入院、外来ごとに、それぞれ別に作成してください。
- ・この用紙は、診療月の翌月以降に提出してください。
- ・支払は既に申し出てある口座に振り込みます。変更のある場合は、速やかに届け出てください。

※医療機関等の方へ

- ・レセプトごとにそれぞれ別の用紙を使用してください。
- ・点数で記入できない場合は、保険診療総点数の欄に10割分の金額を記入してください。(この場合、必ず円と記入)
- ・他法とは、他の公費負担制度の医療費支給がある場合をいいます。