



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	課税・非課税	受付印
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	支給金額
点	円	円	円	円	円

ひとり親家庭等医療費支給申請書

令和元年 6月 1日

(宛先) 行田市市長

ひとり親家庭等医療費受給者証に記載してある7桁の番号をご記入ください。

申請者 住所 **行田市本丸2-5**
氏名 **行田 花子**
電話番号 **556-1111**

下記のとおり令和元年 5月 分の医療費を申請します。

申請者記入欄	受給者証番号	○○○○○○○	使用した医療保険	記号	123	番号	4567	
	フリガナ	キョウダ ハナコ		保険者番号	06000000	被保険者・世帯主等の氏名		行田 花子
	氏名	行田 花子		名称	<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 <input checked="" type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> 共済組合			
	個人番号	9876 5432 1098						
	生年月日	H20年 1月 1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・ <input checked="" type="radio"/> 無	日本スポーツ興センターの 災害給付	有・ <input checked="" type="radio"/> 無				
	交通事故等第三者行為による給付	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	他の医療機関による給付	有・ <input checked="" type="radio"/> 無				

医療機関等記入欄	領収書		日	2 外来	日	
	¥ _____ ※保険診療		受診時に使用した健康保険証を確認しご記入ください。 ※加入している保険証が変わったときは、窓口でお声がけください。			
	ただし、_____年_____月分保険診療一部負担金 —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	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		

※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。