|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １　証明書 | | | | ２　レシート | | １　医科入院 | | ２　医科外来 | | | | | | ３　歯科 | | | *受付印* | |
| 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 | | | 支給金額 | |
| 点 | | | | 円 | | 円 | | 円 | | | | | | 円 | | | 円 | |
| 申請者記入欄 | **ひとり親家庭等医療費支給申請書** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （宛先）行田市長  申請者 | | | | | | | | | 年　　　　月　　　　日  住　　所  氏　　名  電話番号 | | | | | | | | |
| 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）  　―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 | 他法負担分点数 | 点 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | 県コード | |  | 医療機関コード | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | |
| 年　　　月　　　日 | 医療機関所在地(住所)  名　称  氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | |
| 受給者　様 |

※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。