

親

ひとり親家庭等医療費支給申請書

20年 〇月 ××日

川島町長様

住所 川島町 大字平沼1175番地
氏名 川島花子
電話 (049-297-1811)

受給者証の
記号番号を
記入

下記のとおり医療費を申請します。

受給者	受給者証 記号番号	川島 - 1234	加入 医療保	世帯主・被保険者 組合員・加入者の 氏名	川島 花子
	ふりがな	かわじま はなこ		市町村民税の状況	課税・非課税
	氏名	川島 花子		記号・番号	川島 123456
区分	入院				
	外来				049(297)1811

受診した方の
名前を記入し
てください

課税されている方は、自
己負担金が発生します。
通院 1,000円/月
入院 1,200円/日
※ただし、調剤薬局は自
己負担は発生しません。

注) 1 上部の申請書は、申請者が記入してください

領 収 書

¥ _____
ただし、年 月分保険診療一部負担金 (他法本人負担) _____ (円含む)
入院時食事療養標準負担額及び外来薬剤費一部負担金 _____

保険診療総点数	_____ 点	_____ 点
---------	---------	---------

¥ _____
ただし、外来薬剤一部負担金

¥ _____ (算定日数)
ただし、入院時食事療養標準負担額

年 月 日 様

医療機関等所在地
名称
氏名 印

ここには、保険点数・領収額・発行日・医療機関名のある記載された領収書を貼付してください。(※
ない場合は医療機関で証明をもらってください)

月別・医療機関別に申請書が必要になります。
保険外は申請できません。

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	円	高額療養費	円	附加給付	円
	入院時食事療養標準負担額	円	市町村民税非課税	円	条例第6条自己負担金	円
	260円× 回 = 円	210円× 回 = 円	100円× 回 = 円	支給額計	円	

注) 処理欄における「保険診療一部負担金」の欄には、外来薬剤一部負担金を含めるものとする。