



ひとり親家庭等医療費支給申請書

年 月 日

川 島 町 長 様

住 所 川島町
氏 名
電 話 ()

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	加入 医療 保険	世帯主・被保険者 組合員・加入者の 氏 名	
	ふりがな		市町村民税の状況	課税 ・ 非課税
区 分	氏 名		記 号 ・ 番 号	
	入 院		名 称	電話
	外 来			

注) 1 上部の申請書は、申請者が記入してください

入院 日	外来 日		
領 収 書			
¥ _____ 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及び外来薬剤費一部負担金は含まない			
保険診療総点数	点	他法負担分点数	点
¥ _____ ただし、外来薬剤一部負担金			
¥ _____ (算定日数 日) 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	

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	条例第6条自己負担金 円
	入院時食事療養標準負担額	市町村民税非課税	(入院4か月以降)	
	260円× 回= 円	210円× 回= 円	100円× 回= 円	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。