

様式第6号(第17条関係)

(親) ひとり親家庭等医療費支給申請書

〇〇年〇〇月〇〇日

川島町長 様

住所 川島町大字下八ツ林870番地1
氏名 子育 花子
電話 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

下記のとおり医療費を申請します。

受給者	受給者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇	加入医療保険	世帯主・被保険者組合員・加入者の氏名	子育 花子
	ふりがな	こそだて のぞみ		市町村民税の状況	課税・非課税
氏名	子育 希望	記号・番号		川島・〇〇〇〇	
区分	入院	年 月 日から 入院 日		名称	川島町健康保険組合
	外来	〇〇年〇〇月分・ 外来日数 〇〇日			

注) 上部の申請書は、申請者が記入してください

領 収 書	入院 日	外来 日	
¥ _____ 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
¥ _____ (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			

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	高額療養費	附加給付	支給額計
	円	円	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	円	