

様式第6号(第17条関係)

⑧ 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
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
氏名		記号・番号			
区分	入院	年 月 日から 入院 日		名称	
	外来	年 月分・ 外来日数 日			

注) 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
¥ _____ (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
	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