

振込希望の銀行		銀行	支店
口座番号	普通・当座		
	名義人		

親 ひとり親家庭等医療費支給申請書			
杉戸町長 あて		平成 年 月 日	
		住所	
		氏名	印
下記のとおり医療費を申請します。		電話	
受給者	受給者証 記号番号		加入 世帯主・被保険者・ 組合員・加入者の氏名
	ふりがな 氏名		町民税の状況 課税・非課税
区分	入院	年 月 日から入院日数 日	記号番号
	外来	年 月分外来日数 日	名称 電話 ()

注)1 上部申請書は、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一部負担金は含まない			
保険診療 総点数	点	他方負担点数	点
¥ _____ ただし、外来薬剤一部負担金			
平成 年 月 日			
_____様		医療機関等所在地(住所) 名称 氏名	印

注)1 上部領収書は、医療機関等で記入してください。

2 他法負担点数は、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	条例第6条自己負担金	支給額計	
	円	円	円	円	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。