

(親) ひとり親家庭等医療費支給申請書

年 月 日

杉戸町長 あて

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 氏 名		市町村民税の状況	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は含まない—

保険診療総点数	点	他方負担分点数	点
---------	---	---------	---

年 月 日

\_\_\_\_\_様

医療機関等所在地(住所)  
名 称  
氏 名

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	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