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  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 |  |
| 名称 | 国保・健康保険組合  全国健康保険協会・支部  電話　　　(　　　) |
| 外来 | 年　月分外来日数　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　日 |

　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 |