第5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 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 | 受給者証番号 |  | 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 |
| 記号番号 |  |
| 区分 | 入　院 | 　　　年 　　月 　　日から　　日 | 名称 | 　　　　　　　　全国健保・健保・国保・共済／支部 |
| 外　来 |  年 　　月分 　　日 | 保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 学校等での授業や行事、部活動のけがや疾病の医療費ですか | はい・いいえ |
| 交通事故や第三者によるけがによる医療費ですか | はい・いいえ |
| 今回申請する医療費が21,000円以上の場合、この申請分と同じ月に一つの医療機関で21,000円以上の医療費支払った家族がいますか。 | はい・いいえ |
| 医療費助成額の算定にあたり必要がある場合は、税情報の公簿等の確認及び医療機関、保険者等へ照会を行うことに同意します。　同意者氏名（自署または記名押印）　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

 注)１　上部申請書は､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は含まない―日本スポーツ振興センターの災害給付の対象分は含まれておりません。 |
|  | 保険診療総点数 | 点 | 他法負担分点数 | 点 |  |
|  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 年 月 日 　　　 様　　　　　　　　　　　　　医療機関等所在地(住所)  名　　称  　　　　　　　　　　氏　　名

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関コード |  |

　　　　　　　　　　　　　  |

 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 | 条例第6条自己負担金 | 支給額計 |
| 円 　　　　　　　　　　　 |  円 |  円 |  　　　　 円　 |  　　　　　　 円 |