第5号（第17条関係）

**当てはまる場合、**

**日本スポーツ振興センターの**

**『災害共済給付制度』をご利用ください。**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 親　　　ひとり親家庭等医療費支給申請書  **記入例**  令和　**〇**年　**×**月 **×**日  杉戸町長 様  **受診者・診療月・医療機関・薬局・入通院別に支給申請書をご提出ください。**  　　　 　 住所　　杉戸町　**清地２－９－２９**  　　　 　 氏名 **杉戸　花子**  　　　 　 電話 **０４８０**（ **３３** ）　**１１１１**  下記のとおり医療費を申請します。 | | | | | |
| 受　給　者 | 受給者証  番号 | **受給者証の2段目の番号** | 加入医療保険 | 世帯主・被保険者  組合員・加入者の氏名 | **杉戸　花子**  **（健康保険の加入者名）** |
| ふりがな  氏　名 | **すぎと　はなこ。。。。。。。。。。。。。**  **杉戸　花子　（受診者名）** | 市町村民税の状況 | 課 税 ･ 非課税 |
| 記号番号 | **１２３４５・１２** |
| 区分 | 入　院 | H・R　**６**年　**１２**月から　 **５**日間 | 名　　　称 | **東京**  全国健保・健保・国保・共済／支部 |
| 外　来 | H・R　**６**年　　**６**月　　　**１**日分 | 保　険　者　番　号 | **１２３４５６７８** |
| 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）　　　　杉戸　花子 | | | | | |

注)１　上部申請書は､申請者が記入してください｡

**領収書の添付**

**または**

**医療機関等の証明**

**（柔道整復等）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |