

ひとり親家庭医療費助成申請書

申請者記入欄 (太枠の枠を記入して下さい。)

年 月 日

大月市長 殿

申請者 住所  
氏名 印  
電話番号

下記のとおり医療費の助成を申請します。

診療月	年	月	助成申請額	円
受診者	対象者番号			
	氏名		生年月日	・
助成申請額に対する他の制度による給付	無 有	内容	1 高額療養費 2 附加給付 3 他の医療費助成制度 4 交通事故等第三者行為による給付 5 その他( )	

- 《注意》 1 国民健康保険以外の保険に加入している方は、高額療養費に該当したときは、当該支給決定通知書又は領収書を添付して下さい。  
2 加入医療保険・振込先金融機関に変更がある方は届出をして下さい。  
3 記名押印に代えて署名することができます。

医療機関証明欄

(医療機関が発行する領収書(以下の内容が確認できるものに限ります。)を添付するか、枠内を受診した医療機関に記入してもらって下さい。)

受診者氏名		診療年月	年	月
一部負担金領収額		円(他法本人負担金		円含む)
区分	1医科 2歯科 3薬剤 4その他( )	入院時 食事 療養費	入院日数	標準
	1入院 2入院外			日 × 負担額
保険診療総点数		他法負担点数		

上記のとおり相違ありません。

年 月 日

(宛先) 医療機関等 住所地  
名称 印  
代表者

- 《注意》 1 点数で記入できない場合は、金額で記入して下さい。(この場合は、必ず円と記入して下さい)  
2 番号をつけてある欄は、該当の番号を○で囲んでください。

市(町村) 記入欄

療養に要した費用額	円…(A)	高額療養費	円…(D)
法定一部負担額(A) × 負担割合	円…(B)	附加給付額	円…(E)
他法負担分	円…(C)	入院食事負担額	円…(F)
支給 不支給 → (理由 1重複請求 2有効期間外)	助成額 (B) - {(C) + (D) + (E)} + (F)		円