

ひとり親家庭医療費助成金請求書

申請者記入欄(太枠の枠内を記入してください。)										
上野原市長							様			年 月 日
							申請者 住所			
							氏名			
							電話番号			
次のとおり医療費の助成金を請求します。										
診療月		年 月			助成金請求額			円		
受診者	受給者番号					—			/	
	氏名					生年月日			. .	
助成金請求額に対する 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

- 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ください。
- 2 加入医療保険・振込先金融機関に変更がある方は、届出をしてください。
- 3 記名押印に代えて、署名と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ください。)									
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 負担金	円	
	1入院 2入院外					=総額	円		
保険診療 総点数		点			他法負担 点数		点		
上記のとおり相違ありません。									
年 月 日			医療機関等 住所地 名称 代表者						

注

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

市 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)	付加給付額	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)		助成金額 (B) - {(C) + (D) + (E)} + (F)	円