様式第5号(第6条関係)

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。) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年　　月　　日  　　上野原市長　　　　　　　　　　様  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 | | |  | |  | | 日× | | | | | 標準負担金 | | | | | |  | | |  |  | 円 |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1入院　　2入院外 | | | | | | | | | | | |
| ＝総額 | | | | | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | | | 円 | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険診療総点数 |  | | | | | | | | | | | | 他法負担点数 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  |  |  |  |  |  | 点 | |  | | | | | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | | | 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　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

　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 |