

ひとり親家庭医療費助成金請求書

申請者記入欄(太枠の中を記入して下さい。)

年 月 日
北杜市長 様
申請者 住所 氏名 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・高額介護合算療養費 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・高額介護合算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。

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 <input style="width: 40px;" type="text"/> 日 × 標準 <input style="width: 40px;" type="text"/> 円
	1入院 2入院外		= 総 額 <input style="width: 100px;" type="text"/> 円
保険診療 総点数	<input style="width: 60px;" type="text"/> 点	他法負担 点数	<input style="width: 60px;" type="text"/> 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・高額介護合算療養費	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)	助成額 (B) - {(C)+(D)+(E)} + (F)		円