

様式第16号(第18条関係)

川越市ひとり親家庭等医療費支給申請書

この申請書は、月ごと、医療機関ごと(薬局は処方元とは別の医療機関になります)、入院・外来ごと、使用した健康保険ごとに1枚記入し、診療月の翌月以降に提出してください。

令和〇年 〇月 △日

住所 川越市元町1-3-1

申請者 氏名 川越 花子

049-224-627

クリーム色の受給資格証の7桁の番号です。

保険証の下のほうにある番号です(6桁か8桁)。

次の領収書に記載の額について、ひとり親家庭等医療費支給条例第8条第1項により、ひとり親家庭等医療費の支給を申請します。

Table with columns for recipient info (受給者番号, フリガナ, 氏名, 生年月日), insurance info (加入医療保険, 保険者番号, 名称), and benefit details (支給申請額に関する他の助成の有無, 日本スポーツ振興センターの災害共済給付).

(注)

申請する医療費について、該当する給付や医療費助成制度の有無について〇を記入してください。(記入がない場合、処理ができません。)

収 書

額及び生活療養負担額を除く。

医療機関コード 入院 入院外 診療実日数

申請書には領収書(コピー不可)を添えて、月ごと医療機関ごとに分けてご提出ください。

ただし、医療機関等で発行された領収書に、1. 受診者名 2. 診療年月日、期間 3. 保険対象の総点数または総金額 4. 領収金額 5. 発行日 6. 発行者名・印 の6点が明記されていない場合は、受診した医療機関等で、領収書欄に証明を記入してもらってください(月ごと・医療機関ごとに)。また、領収書を紛失してしまい再発行できない等の場合についても、同様となります。

** 医療機関名と金額のみが記載されているようなレシートでは申請できません **

※ 領収書を添付する場合、“医療機関記入欄”にのり付けしないでください。ホチキスなどを使用し、1点止めにするようお願いいたします。

Summary table with columns: 保険診療一部負担金, 高額療養費, 附加給付, 一部負担金, 支給額計. Includes calculation rows for hospital meals and taxes.

※ 欄は、記入しないでください。(川越市子ども未来部 とも政策課)

一箇月ごとに... ①医療機関別、②入院・入院外別、③総合病院の場合は診療科別に申請してください。☆領収書を添付する場合、のり付けをしないでください。