

ひとり親家庭等医療費支給申請書

(提出先)

年 月 日

川越市長

住所 川越市

氏名

下記のとおり医療費を申請します。

電話 ( - )

受給者証 記号番号	-		加入 医療 保険	世帯主・被保険者・組 合員・加入者の氏名	課税・非課税	整理 No.	
フリガナ				市町村民税の状況		保険証記号番号	受付 No.
受診者名	生年月日 年 月 日			名称			
	支給申請について 他の助成の有無 (○を付けて ください)	各健康保険組合等の高額療養 費・附加給付による給付 (有・無)		交通事故等第三者行為に よる給付(有・無)	保険者番号 (右づめ)		
	日本スポーツ振興センターの災 害共済給付(有・無)	他の医療助成制度による 給付(有・無)					

- (注) 1 上部申請書は、申請者が1箇月ごとに別の申請書に記入してください。  
 2 入院と外来は、それぞれ別の申請書に記入して提出してください。

領 収 書

入院 日 外来 日

¥

ただし、年 月分 保険診療一部負担金 (他法本人負担金 円を含み、  
入院時食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額を含まない。)

保険診療総点数	点	他法負担分点数 (結核予防法等)	点
---------	---	---------------------	---

						4		
医療機関コード						診療	年	月

¥ (算定 回 日)

ただし、入院時食事療養標準負担額若しくは生活療養標準負担額

年 月 日

医療機関

住所  
名称  
氏名

様



- (注) 1 上部領収書欄は、医療機関等が記入してください。  
 2 他法負担分点数は、公費負担で支払われる額を点数で記入してください。  
 ※ 下記の欄には、記入しないでください。

受付 年 月 日

処理欄	保険診療一部負担金	高額療養費	附加給付	条例第6条一部負担金	支給額計
	円	円	円	円	
	入院時食事療養標準負担額等	市町村民税非課税	(入院4箇月以降)		円
	円× = 円	円× 日 = 円	円×	日 = 円	

領収書を添付する場合、のり付けをしないでください。