

ひとり親家庭等医療費支給

(提出先)  
川越市長

住所 **川越市**  
氏名 **川越 花子**  
電話 ( )

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・外来ごとに1枚記入し、診療月の翌月以降に提出してください。

受給者証の記号番号です。  
(保険証の番号ではありません)

受給者証 記号番号		世帯主・被保険者・組 員・加入者の氏 名	<b>川越 花子</b>	整理 No.	
フリガナ	<b>カワゴエ ハナコ</b>	市町村民税の状	保険証の上のほうにある 「記号」と「番号」です。		
受診者名	<b>川越 花子</b>	保険証記号番号	-		
生年月日	年 月 日	名称	<b>健康保険組合</b>		
支給申請について 他の助成の有無 (を付けて ください)	各健康保険等の高額療養費・附加 給付による給付 (有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> )	交通事故等第三者行為に よる給付 (有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> )	加入 医 療 保 険		
	日本スポーツ振興センターの災 害共済給付 (有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> )	他の医療助成制度による 給付 (有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> )	保 険 者 番 号		

(注) 1 上部申請書は、申請が1箇月ごとに別の申請書に記入して  
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。

保険証の下のほうにある番号です。  
(4桁か6桁か8桁の番号です。)  
8桁の場合: そのまま記入してください。  
6桁の場合: 00 \_\_\_\_\_ と記入して下さい。  
4桁の場合: 01 \_\_\_\_\_ 00 と記入して下さい。

該当する給付や助成の有無について を付けて  
ください。  
(記入が無い場合、給付ができないことがあります)

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。)

他法負担分点数

領収書欄には、受診した医療機関等で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)

ただし、医療機関等で発行された領収書に、1. 受診者氏名 2. 診療月または診  
療日、期間 3. 保険対象の総点数又は金額 4. 領収金額 5. 発行日 6. 発行  
者名・印 の6点が明記されていれば1か月分を添えることにより証明に代えること  
ができます。

**\*\* 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、のり・セロテープは使用しないでください。  
ホチキスなどを使用するか、1点止めにて申請書表面下側に  
添付するようお願いいたします。

(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	円
	入院時食事療養費標準負担額等	市町村民税非課税	(入院4箇月以降)		
	円× 日 = 円	円× 日 = 円	円× 日 = 円		

