

<p>親 ひとり親家庭等医療費支給申請書</p>	
越谷市長 宛	年 月 日
申請者 住所 氏名 電話 ()	印
以下のとおり医療費の支給を申請します。なお、当該支給額の算定に当たり必要がある場合は、越谷市が保険者等に診療報酬及び療養費等の給付状況を確認することに同意します。	
受給者証 記号番号 ふりがな 氏名 生年月日 大昭平 年 月 日 入院 年 月 日から 入院日数 日 外 来 年 月 日分 外来日数 日 区分	加入 世帯主・被保険者・組合員・加入者の氏名 市町村民税の状況 課税 ・ 非課税 記号・番号 保険者名称 (組合名称等) 保険者番号
交通事故による怪我や疾病又は学校行事や部活動での怪我や疾病に係る医療費ですか。	
はい ・ いいえ	
申請額が21,000円以上の場合 この申請分と同月に、1ヶ所の医療機関等に保険診療分の医療費を21,000円以上支払った家族がいますか。	
はい ・ いいえ	

注1 上記申請欄は、申請者が記入してください。

<p>領 収 書</p>	
入院 日 外来 日	日
保険診療一部負担金	円
ただし、 年 月分保険診療一部負担金 (入院時食事療養標準負担額を含まない)	
保険診療総点数	点
他法負担点数	点
年 月 日	
様	
医療機関等所在地 (住所) 名称 氏名	
印	

注1 上記領収書欄は、医療機関等で記入してください。

2 他法負担点数欄は、公費負担で支払われる額を点数で記入してください。

自己負担金	円		
県 外 診 療 定 額 確 認			

<p>親 ひとり親家庭等 医療費受給者証</p>	
申請者住所 氏名 有効期間	受給者証記号番号 生年月日 受給者氏名
令和 年 月 日 交付	

○○○○○○組合 本人 ○○年○月○日交付	
記号1234	番号5678
氏名	○○ ○○
生年月日	○○年○月○日
資格取得日	○○年○月○日
所在地	○○県○○市○○
保険者番号	12345678
名称	○○○○○○○組合

- ・ 押印を忘れずをお願いします。
- ・ 記入したものをコピーして提出も可能です。その際、原紙には押印せずコピーしたものに押印をしてください。
- ・ 領収書およびレシートは、のり付けしないでください。
- ・ 「領収書」欄は、発行された領収書やレシートを紛失した際に医療機関等に記入をお願いするところです。それ以外では使用いたしません。
- ・ 「区分」「市町村民税の状況」欄は、記入の必要ありません。