

① ひとり親家庭等医療費支給申請書

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	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				
	ふりがな						市町村民税の状況	課税 ・ 非課税			
	氏名						記号・番号				
	生年月日	大・昭・平	年	月	日		保険者名称 (組合名称等)				
区分	入院	年	月	日から	入院日数	日	保険 者 番 号				
	外来	年	月	日分	外来日数	日					
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。

領 収 書

入院						日	外来					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	他法負担分点数							点
-------------	--	--	--	--	--	---	---------	--	--	--	--	--	--	---

年 月 日

様

県コード	医療機関コード			

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 他法負担分点数欄は、公費負担で支払われる額を点数で記入してください。

処 理 欄	自己負担金					円
	県外診療 定額確認					