

様式第15号 (第17条関係)

㊦ ひとり親家庭等医療費支給申請書

年 月 日

久喜市長 あて

住所
氏名
電話 ()

次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、診療報酬並びに高額療養費及び付加給付、日本スポーツ振興センターの災害給付その他の給付の状況等について、久喜市が確認することに同意します。

受給者	受給者番号		加入医療保険	世帯主・被保険者・組合員・加入者氏名	
	ふりがな氏名			記号番号	記号番号
	生年月日	年 月 日		名	<input type="checkbox"/> 久喜市国民健康保険 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 () 支部 <input type="checkbox"/> () 健康保険組合 <input type="checkbox"/> その他 ()
	診療月	年 月分		称	

支給申請額に係る他の助成の有無 (○を付けてください。)

各健康保険組合等の高額療養費・付加給付による給付 (有・無)	日本スポーツ振興センターの災害給付 (有・無)	交通事故等第三者行為による給付 (有・無)	他の医療費助成制度による給付 (有・無)
--------------------------------	-------------------------	-----------------------	----------------------

注) 上部申請書は、申請者が記入してください。領収書は裏面にのり付けしてください。

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 _____円含む。)					
保険診療総点数	_____点	他法負担分点数	_____点		
¥ _____ (算定食数 _____食) ただし、入院時食事療養標準負担額 _____円					
_____年 _____月 _____日					
_____様					
医療機関等所在地 (住所) 名称 氏名					

注) 1 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	受付	年 月 日	通知	年 月 日	支払	年 月 日
	保険診療一部負担金	_____円	高額療養費	_____円	付加給付	_____円
	入院時食事療養費標準負担額	_____円	市民税非課税	(非課税で90日超)	支払額計	_____円
	円 × 食 = 円	円 × 食 = 円	円 × 食 = 円	円 × 食 = 円	円	

※処理欄は記入しないでください。