様式第６号(第１７条関係)

親

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 処理欄　 | 一部負担金の額 | 高額療養費の額 | 附加給付額 | 自己負担金額 | 支給額計 |
| 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |

|  |
| --- |
| ひとり親家庭等医療費支給申請書　　　　　　　年　　　月　　　日　　　毛呂山町長　あて住所　毛呂山町氏名　　電話　　　下記のとおり、　　　　　　年　　　　月分の医療費を申請します。 |
| 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 |  | 名　　　　称 | □毛呂山町国民健康保険□全国健康保険協会（　　　　　　　　　支部）□（　　　　　　　　　　　　　　　）健康保険組合□その他（　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　） |
| 生年月日 | 　　　年　　　月　　　日生 |

注)　太枠内を、記入して下さい。

診療費領収書貼付け欄

※医療機関等記入欄

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 領　収　書　　　　　　　　　　　　　　　　　円　　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）　　―入院時食事療養に係る標準負担額は含まない―

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 保険診療総点数 | 　　　　　　　　　　点 | 他法負担分点数 | 　　　　　　　　　点 |

　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日　患者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　様　　　 医療機関等所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　　称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |

　　　　注)　1　点数で記入できない場合は、保険診療総点数の欄に10割分の金額を記入して下さい。(この場合は必ず円を記入して下さい。)

　　　　　　　　　　　 2　この領収書は、健康保険の対象とならない費用は含めず記入して下さい。

　　　　３　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。