



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	<input type="checkbox"/> 毛呂山町国民健康保険 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会(支部) <input checkbox"="" type="checkbox/>()健康保険組合
<input type="/> その他()
	生年月日	年 月 日生		称	

注) 太枠内を、記入して下さい。

※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。

診療費領収書貼付け欄