

ひとり親家庭医療費助成金請求書

令和 年 月 日

中央市長 様

申請者 住所 中央市

氏名 (印)

電話番号

下記のとおり医療費の助成を申請します。

受診者名		加入保険	1 国保 2 組合 3 協会 4 共済 5 その他
診療月	年 月	助成申請額	円
助成申請額に対する他の制度による給付	無 有	内容	1 高額療養費 2 附加給付 3 他の医療費助成制度 4 交通事故等第三者行為による給付 5 その他()

《注意》 国民健康保険以外の保険に加入している方は、高額療養費に該当したときは、当該支給決定通知書又は領収書を添付して下さい。

医療機関証明欄

受診者氏名		診療年月日	年 月 日
保険診療総点数	点	他法負担点数	点
区分	1医科 2歯科 3薬剤 4その他()	入院時食事療養費	入院日数 × 標準負担額 円
	1入院 2入院外		= 総額 円
一部負担金領収額	円 (他法本人負担金 円 含む。)		

上記のとおり相違ありません。

令和 年 月 日

住所

名称 (印)

代表者

市記入欄

療養に要した費用額	円…(A)	高額療養費	円…(D)
法定一部負担額 (A)×負担割合	円…(B)	附加給付額	円…(E)
他法負担分	円…(C)	入院食事負担額	円…(F)
支給 不支給 →(理由 1重複請求 2有効期間外)	助成額(B) - {(C) + (D) + (E)} + (F)		円