

様式第8号 (第16条関係)

① ひとり親家庭等医療費助成申請書

令和 年 月 日

蓮田市長 宛て

住所

氏名

電話

下記のとおり医療費を申請します。

受給者	受給者証番号		加入医療保険	世帯主・被保険者・組合員・加入者の氏名	
	フリガナ			記号番号	
	氏名			保険者名	全国健保協会・健保組合 国保・国保組合 共済組合・後期
	生年月日	S・H・R 年 月 日			支部

- (注) 1 太枠内のみ記入してください。
 2 この用紙は、1か月ごと、医療機関ごとに1枚記入してください。
 3 この用紙は、診療月の翌月以降に提出してください。
 4 学校内でのケガ等で、日本スポーツ振興センター災害共済給付制度の対象となる医療費は助成の対象外です。

医療機関等記入欄	領 収 書			
	入院	日	外来	日
	¥ _____			
	ただし、 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 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	他方負担点数	点
	年 月 日			
	所在地			
	名 称			
	医療機関等 氏 名			
	電 話 番 号			

- (注) 1 点数で記入できない場合は、保険診療点数の欄に10割分の金額を記入してください。(この場合、必ず円と記入すること。)
 2 保険診療総点数の欄には、入院時の食事療養費に係る標準負担金を含まないでください。
 3 この領収書は、健康保険の対象とならない費用は含めずに記入してください。
 4 他法とは、他の公費負担制度(身体障害者福祉法、児童福祉法等)の医療費支給がある場合をいいます。

*市使用欄	一部負担金①	高額療養費②	附加給付金③	自己負担額④	助成額 ①－(②+③+④)
	円	円	円	円	円