

ひとり親家庭医療費助成申請書

小林市長 様

次のとおりひとり親家庭医療費の助成を申請し、請求します。

申請者記入欄	同意・確認欄	<input type="checkbox"/> 【調査同意】 申請にあたって、小林市長が医療費助成申請（小林市ひとり親家庭医療費助成に関する条例施行規則第3条）に係る審査に必要な公簿等を調査・確認すること及び保険者に対して保険資格、高額療養費、附加給付等の支給状況を調査・確認すること並びに保険医療機関等に対して当該給付に係る保険給付を受けた診療報酬明細書の内容を調査・確認することについて同意します。 <input type="checkbox"/> 【災害共済給付対象外】 学校（登下校中及び部活動含む。）及び保育所等の管理下における傷病等について、日本スポーツ振興センターの災害共済給付制度を受けることができるときは、ひとり親家庭医療費助成の対象外になることを了承します。												
	申請者	氏名							申請日	年 月 日				
		住所	小林市						電話番号	— —				
	振込口座	金融機関名	銀行・金庫 支店・本店 信組・農協 出張所											
		口座番号	普通							口座名義 (ｶﾅﾅ)				
	診療を受けた者	受給者番号							医療保険	保険者番号				
		生年月日	年 月 日							被保険者名				
		氏名								記号・番号				

- ・氏名や住所、加入する医療保険等に変更があった場合は、届出が必要です。
- ・申請期間は、医療機関等を受診した月の翌月の初日から起算して1年以内です。

保険診療額領収証明

医療機関等記入欄	区分	1 入院	2 外来	3 歯科	6 歯科入院	8 訪問看護	11 柔道整復	12 療養費			医療保険適用後の一部負担金のみが助成の対象となります。 入院時食事療養費、差額ベッド、文書料等、保険診療対象外の費用は控除してください。  訪問看護療養費の場合は、保険診療点数欄に総療養費を、柔道整復施術療養費の場合は、総施術費用を記入してください。	
	診療月	年 月		併用公費	21 精神通(10%)	16 育成(10%)	52 小特疾(20%)	54 難病(20%)	左記以外の場合は、法別番号を記入してください。			
	診療報酬明細	診療実日数 日			保険診療点数 点		一部負担金 円					
		上記の金額を受領しました。 年 月 日 <input type="checkbox"/> 学校等での傷病等ではないことを確認しました。					医療機関等 所在地 名称 氏 名		印			
	調剤月	年 月		併用公費	21 精神通(10%)	16 育成(10%)	52 小特疾(20%)	54 難病(20%)	左記以外の場合は、法別番号を記入してください。			
	調剤報酬明細	受付回数 回			保険調剤点数 点		一部負担金 円					
		上記の金額を受領しました。 年 月 日 <input type="checkbox"/> 学校等での傷病等ではないことを確認しました。					医療機関等 所在地 名称 氏 名		印			
	職員記入欄	一部負担金合計		附加給付		高額療養費		控除額		決定額		
		円		円		円		円		円		