

ひとり親家庭医療費助成申請書

年 月 日

小林市長 様

住所
申請者 氏名
電話 — —

年 月分医療費の助成を申請(請求)します。

受給資格者	受給資格者証番号							加入保険	被保険者氏名						
	受診者氏名								保険証記号・番号						
	個人番号	※個人番号は、医療機関等には提示しないよう注意してください。							保険種別	組・日・船・共・国・国組・協					
	生年月日	昭・平・令	年	月	日				勤務先名						
振込先	金融機関名							口座番号							
	支店名							口座名義(カタカナ)							

※上記の者にかかる診療等について、医療機関及び調剤薬局で記入してください。入院時食事療養費、差額ベッド、電気器具使用料等、保険診療対象外の経費は控除してください。

年 月分 診療報酬及び薬剤明細(1. 入院 2. 外来 3. 歯科)		
年 月分 診療報酬明細		
診療実日数	保険診療点数	診療報酬一部負担金受領額
日	点	円
上記の金額を受領いたしました。		
年 月 日		
所在地		
医療機関の 名称		
氏名 ⑩		
年 月分 調剤報酬明細		
調剤実日数	保険調剤点数	調剤報酬一部負担金受領額
日	点	円
上記の金額を受領いたしました。		
年 月 日		
所在地		
医療機関の 名称		
氏名 ⑩		

総点数() 住民税の課税区分(課税・非課税)

助成内訳	一部負担金の合計額	控除額内訳				交付決定額
		附加給付額	高額療養費	控除額	計	
	円	円	円	円	円	円

※交付決定額は、一部負担金の額から控除額を差し引いた額となります。

※申請書の締切日は毎月10日です。10日までに申請されたものは同じ月の25日が振込日となります。

※25日が土・日・祝日の場合は、その翌営業日が振込日となります。

注 意 事 項

1. 上段の受給資格者に係る記入欄(受給資格者、加入保険、振込先)はすべて記入してください。
2. 下段の診療報酬及び薬剤明細については医療機関(病院、調剤薬局など)で証明をとってください。証明がとれない場合には、医療機関の発行する領収印のある領収書(医療点数または内訳のあるもの)をこの助成申請書(請求書)に添付して申請することができます。

ただし、医療点数または内訳の記載されているものでもレシートを添付して申請することはできません。
3. 同じ月に複数の医療機関にかかった場合は、それぞれの医療機関ごとに申請書を記入してください。
4. 1ヶ月の間に同じ病院を複数回受診した場合は1ヶ月分を1枚の申請書にまとめて申請してください。ただし、同じ月で入院と外来がある場合は別々の用紙にて申請してください。
5. 資格証の更新を毎年8月に行ってください。