

親 ひとり親家庭等医療費支給申請書																											
（宛先）入間市長	年 月 日 申請者 住所 入間市 氏名 電話番号 ()																										
次のとおり医療費を申請します。																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 20%;">受給者証記号番号</th> <th style="width: 5%;"> </th><th style="width: 5%;"> </th><th style="width: 5%;"> </th><th style="width: 5%;"> </th><th style="width: 5%;"> </th><th style="width: 5%;"> </th><th style="width: 5%;"> </th></tr> <tr> <td style="height: 30px;"></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	受給者証記号番号																<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 10%;">世帯主・被保険者・ 組合員・加入者の氏名</th> <th style="width: 90%;"></th> </tr> <tr> <td style="height: 30px;"></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="height: 30px;"></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="height: 30px;"></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="height: 30px;"></td> <td>国民健康保険 社会保険事務局 健康保険組合 共済組合 全国健康保険協会 支部</td> </tr> </table>	世帯主・被保険者・ 組合員・加入者の氏名									国民健康保険 社会保険事務局 健康保険組合 共済組合 全国健康保険協会 支部
受給者証記号番号																											
世帯主・被保険者・ 組合員・加入者の氏名																											
	国民健康保険 社会保険事務局 健康保険組合 共済組合 全国健康保険協会 支部																										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 10%;">受診者</th> <th style="width: 10%;">ふりがな 氏名</th> <th style="width: 80%;"></th> </tr> <tr> <td style="height: 30px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="height: 30px;"></td> <td>生年月日</td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td style="height: 30px;"></td> <td>診療月</td> <td>年 月</td> </tr> <tr> <td style="height: 30px;"></td> <td>区分</td> <td>入院 日 ・ 外来 日</td> </tr> </table>	受診者	ふりがな 氏名						生年月日	年 月 日		診療月	年 月		区分	入院 日 ・ 外来 日	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 10%;">加入医療保険</th> <th style="width: 40%;">名称</th> <th style="width: 50%;">市民税の状況 課税・非課税 ※市への提出時にご記入ください。</th> </tr> <tr> <td style="height: 30px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	加入医療保険	名称	市民税の状況 課税・非課税 ※市への提出時にご記入ください。								
受診者	ふりがな 氏名																										
	生年月日	年 月 日																									
	診療月	年 月																									
	区分	入院 日 ・ 外来 日																									
加入医療保険	名称	市民税の状況 課税・非課税 ※市への提出時にご記入ください。																									

領 収 書 添 付 欄							
入院 日 ・ 外来 日 ¥ (保険診療の一部負担金に相当する金額) 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。)とし、 入院時の食事療養に係る標準負担額を含まない。 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> 保険診療総点数 点 ※ </td> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> 左記の内、他法負担分 (公費負担等) 点 円 </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> ※柔道整復等の場合は、健康保険診療総額分にあたる金額(円)を記入ください。 </td> </tr> </table>		保険診療総点数 点 ※	左記の内、他法負担分 (公費負担等) 点 円	※柔道整復等の場合は、健康保険診療総額分にあたる金額(円)を記入ください。		処方元医療機関名 (院外薬局の方が記入してください。) 医療機関コード 医療機関等 (所在地) 様 名 称 年 月 日 氏 名 T E L 印	
保険診療総点数 点 ※	左記の内、他法負担分 (公費負担等) 点 円						
※柔道整復等の場合は、健康保険診療総額分にあたる金額(円)を記入ください。							

(注1) この領収書欄には、医療機関等で記入を受けてください。領収書等は、この欄へ添付ください。

(注2) 支給申請書は、「受給者」「医療機関」「診療月」「入院」「外来」ごとにまとめて提出ください。

また、別会計となる院外調剤分も、受診した医療機関と分けて申請ください。

処 理 欄	診療一部負担金	控 除	高 額 療 養 費	附 加 給 付	条例6条一部負担金	入院時食事療養費	支 給 額 合 計
						円 × 月 = 円	