　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受　　付　　印

　　□　子育て支援　　医療費支給申請書

　　□　ひとり親家庭等

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　　　加　須　市　長　様

申請者　住所 加須市 　

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話

　　　　次のとおり医療費を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （医療を受けた人）  受給者 | 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  | 加入医療保険 | 世帯主・被保険者  組合員の氏名 |  | 国 | 社 |
| １ | ２ |
| フリガナ |  | | | | | | | 記号・番号 |  | | |
| 氏名 |  | | | | | | | 保険の名称 | □ 国民健康保険　　□ 健康保険組合  □ 全国健康保険協会　　□ 共済組合 | | |
| 生年月日 | 3　昭和  4　平成  5　令和 | | 年 　　月 　　日 | | | | |
| 保険者番号 |  | | |

　　注）上部申請書欄は、申請者が記入してください。

　　　（1箇月単位で受診した医療機関等ごとに、入院・通院別に1枚ずつお使いください。）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | 入院 | 入院日数 | 外来 | | １ |  | ２ |   領　　　収　　　書   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | ￥ |  |  |  |  |  |  |  | 円 |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 年 | | 月 | | |  |  |  |  |   　ただし、　平成　　　　　　　　　　　　　　　　　分保険診療一部負担金等として上記金額を領収しました。  　　　　　　令和　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　入院時食事療養標準負担金は含まない。   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 保険診療総点数 |  |  |  |  |  | 点 | 他法負担分点数 |  |  |  |  |  | 点 |   入院時食事療養標準負担額  　　￥　　　　　　　　　　円　　　（算 定 食 数　　　　　　食）  　　令和　　年　　月　　日　　　　　　　　　医療機関等所在地  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　　　　　　称  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　　　　　名  　　　　　　　　　　　　　　　　　様　　　　電　話　番　号 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 高額療養費 | 附加給付 | 条例第6条 | 償還  現物 | 証拠コード | | | 科目コード | | | | | | 医療機関コード | | | | | | | | | |
|  |  | 課税・非課税 | 証 | レ | 外 | 医 | 歯 | 調 | 養 | 療 | 他 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | １ | １ | ２ | ３ | １ | ２ | ３ | ４ | ５ | ９ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

　注）１　上部領収書欄は、医療機関等が記入してください。

　　　２　他法負担分点数欄は、公費負担で支払われる額を点数で記入してください。