

受 付 印

医療費支給申請書
 子育て支援
 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。

受給者 (医療を受けた人)	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	
	フリガナ									記号・番号			
	氏名									保険の名称	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 <input type="checkbox"/> 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。)

領 収 書										<table border="1"> <tr><td>入院</td><td>入院日数</td><td>外来</td></tr> <tr><td>1</td><td></td><td>2</td></tr> </table>			入院	入院日数	外来	1		2
入院	入院日数	外来																
1		2																
¥									円									
ただし、平成			年		月	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。 入院時食事療養標準負担金は含まない。												
令和																		
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														
				電 話 番 号														
				様														

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。

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