第６号様式（第17条関係）

親

ひとり親家庭等医療費支給申請書

令和　　年　　月　　日

草加市長　　あて

住所　草加市

受給者（申請者）氏名　　㊞

電話・FAX

（氏名を署名した場合は、押印を省略することができます。）

次のとおり医療費を申請します。
また、当該申請の審査の際、健康保険組合に対し高額療養費及び附加給付金の情報を照会することについて同意します。

受診された方	受給者番号		加入医療保険	世帯主・被保険者・組合員・加入者の氏名	□受給者と同じ（記入不要）
	フリガナ			市町村民税の状況	課税　・　非課税
	氏名			記号・番号	・
				保険者番号	
	生年月日	昭和・平成・令和　　年　　月　　日		名称	□健康保険組合 □全国健康保険協会 □国民健康保険

（注）　上部申請書は、申請者が記入してください。

※領収書を裏面に添付する場合は、証明は原則不要です。

入院	日	外来	日

証明

¥

ただし、　　年　　月分 保険診療一部負担金（他法本人負担金　　円含みます。）

――― 入院時食事療養標準負担額は含みません ―――

保険診療総点数	点	他法負担分点数		点

¥　　ただし、食事療養標準負担額（算定食数　　食）又は生活療養標準負担額

年　　月　　日　　医療機関等所在地（住所）

名称

様　　氏名　　㊞

（注）１　上部証明欄は、医療機関等が記入してください。
２　他法負担分点数は、結核予防法等公費負担で支払われる額を点数で記入してください。

処理欄					
受付　年　月　日	通知　年　月　日		支払　年　月　日		
保険診療一部負担金　円	高額療養費	附加給付　円	条例第６条一部負担金　円	支給額（保険分）　円	
食事療養標準負担額		市町村民税非課税	（入院４か月以降）	支給額計（食事代含）	
円 × 食 × 1/2 ＝ 円		円 × 食 × 1/2 ＝ 円	円 × 食 × 1/2 ＝ 円		
生活療養標準負担額　円				円	

課税	所在	種別	登録番号										区別