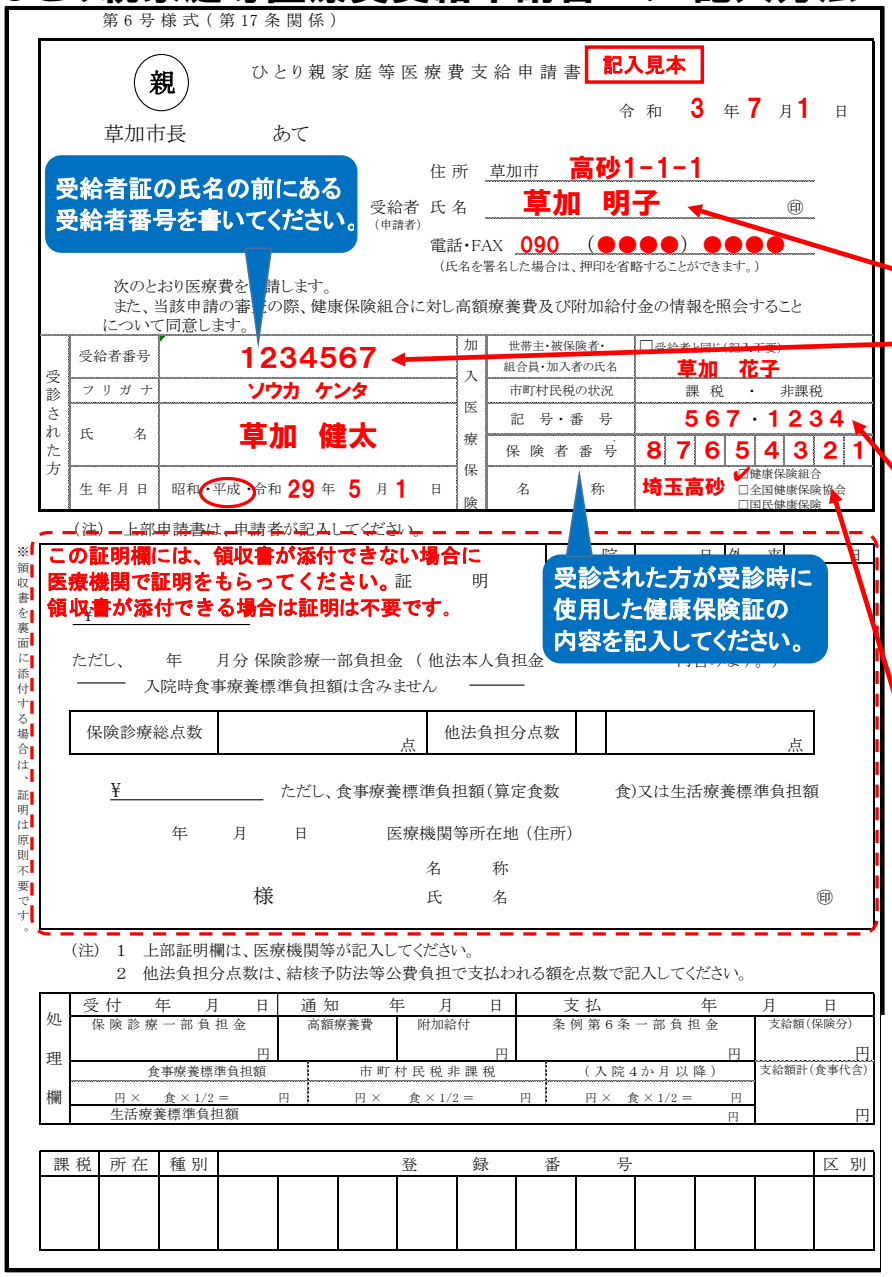
ひとり親家庭等医療費支給申請書　の　記入方法



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　記入見本

令和 3 年 7 月 1 日

草加市長　あて

住所　草加市　高砂1-1-1

受給者（申請者）　氏名　草加　明子　㊞

電話・FAX　090　（●●●●）　●●●●

（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	1234567
フリガナ	ソウカ　ケンタ
氏名	草加　健太
生年月日	昭和・平成・令和 29 年 5 月 1 日

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）　草加　花子
市町村民税の状況	課税　・　非課税
記号・番号	567・1234
保険者番号	8 7 6 5 4 3 2 1
名称	埼玉高砂　✓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。

この証明欄には、領収書が添付できない場合に医療機関で証明をもらってください。証明
領収書が添付できる場合は証明は不要です。

¥

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

受給者証の氏名の前にある受給者番号を書いてください。

親　ひとり親家庭等医療費受給者証

受給者	住所	〒340-XXXX 埼玉県草加市高砂１丁目１番１号
	氏名	草加　明子
有効期間		令和 ● 年 ● 月 ● 日から 令和 ● 年 12 月 31 日まで

令和●年●月●日交付

草加市長

公費負担者番号	8	3	1	1	0	2	1	3

受給者番号　氏名	続柄	生年月日
1234500　草加　明子	本人	S60.2.1
1234556　草加　陽太	子	H26.4.1
1234567　草加　健太	子	H29.5.1

受給者証の右側（裏面）の氏名の前に受給者番号が記載してあります。

受診された方が受診時に使用した健康保険証の内容を記入してください。

健康保険被保険者証　家族（被扶養者）　平成●年●月●日交付

記号　５６７　番号　１２３４

氏名	草加　健太
生年月日	平成29年5月1日
認定年月日	平成31年4月1日
被保険者氏名	草加　花子
事業所名称	●●株式会社
保険者番号	8 7 6 5 4 3 2 1
保険者名称	埼玉高砂健康保険組合
保険者所在地	埼玉県草加市高砂●－●－●

◇　申請書は、1月・1医療機関・1人につき1枚必要です。同じ人が同月内に複数回同じ医療機関を受診した場合は、申請書は1枚となります。
　例）同月に病院と保険薬局を受診した場合は、申請書が2枚必要。
◇　領収書・レシートは、申請書の裏面に添付してください。
◇　レシートの場合は、受診者氏名・保険診療総点数が記載されていることをお確かめください。
◇　「市町村民税の状況」は、記入しなくても差し支えありません。