

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

受給者氏名(申請者) **草加 明子**

電話・FAX 090 (●●●●) ●●●●

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。

受給者番号	1234567	加入者氏名	草加 花子
フリガナ	ソウカ ケンタ	市町村民税の状況	課税 非課税
氏名	草加 健太	記号・番号	567・1234
生年月日	昭和・平成 令和 29 年 5 月 1 日	保険者番号	87654321
		名称	埼玉高砂 健康保険組合

(注) 上部申請書は、申請者が記入してください。

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。

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。

ただし、年 月分 保険診療一部負担金(他法本人負担金) 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	他法負担点数	点
---------	---	--------	---

¥ 年 月 日 医療機関等所在地(住所) 名称 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。

受付年月日	通知年月日	支払年月日
保険診療一部負担金	高額療養費	附加給付
円	円	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)
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		

課税	所在	種別	登録番号	区別

親 ひとり親家庭等医療費 受給者証

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					

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

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。

健康保険 家族(被扶養者) 平成●●年●●月●●日交付

被保険者証 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 87654321
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。