

受給者	<div style="display: inline-block; border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px; margin-right: 10px;">親</div> 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 _____
	受給者氏名 _____ (申請者) (印)
	電話 _____ (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。

記入	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	<input type="checkbox"/> 受給者と同じ(記入不要)								
	フリガナ			記号									
	氏名			番号									
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		保険者番号	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>								
			名称	<input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 共済組合									

《確認事項》次の項目に該当する場合、○をつけてください。

学校・保育園の管理下(授業、部活動など)又は交通事故による怪我または疾病による医療費ですか。	はい・いいえ
申請額が21,000円以上の場合	この申請分と同月に同じ健康保険証を使用して、1カ所の医療機関等に保険診療分の医療費を21,000円以上支払った家族がいますか。
	はい・いいえ

※医療費の領収書を裏面に添付してください。その場合、証明書は不要です。

医療機関等記入欄	証 明 書	入院 日	外来 日				
	_____ 円						
	年 月分 保険診療一部負担金 (他法本人負担金 円含みます。)						
	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%;">保険診療総点数</td> <td style="width: 20%;">_____ 点</td> <td style="width: 20%;">他法負担分点数</td> <td style="width: 20%;">_____ 点</td> </tr> </table>	保険診療総点数	_____ 点	他法負担分点数	_____ 点		
	保険診療総点数	_____ 点	他法負担分点数	_____ 点			
	_____ 円 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	所在地 医療機関名 名称 氏名 電話番号	(印)					

- 1 受給者の方へ
 - (1) 上部受給者記入欄は、記入漏れのないようにしてください。
 - (2) 領収書で申請する場合、領収書は、患者名、保険点数の記入があるものにしてください。
 - (3) 医療費請求の有効期限は、領収日の翌日から起算して5年以内です。**
- 2 医療機関等の方へ
 - (1) 保険診療一部負担金には、健康保険の対象とならない費用は含めないでください。
 - (2) 他法負担点数欄は、公費負担で支払われる額を点数で記入してください。
 - (3) 点数で記入できない場合は、保険診療総点数の欄に10割分の金額で記入してください。
この場合は、必ず円と記入してください。

処理欄	保険診療一部負担金	高額療養費	附加給付金	条例第6条一部負担金	支給額(保険分)
	円	円	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)		支給額計(食事代含)
	円 × 食 × 1/2 = 円	円 × 食 × 1/2 = 円	円 × 食 × 1/2 = 円		円

課税	所在	種別	登録番号							区別