

ひとり親家庭等医療費支給申

申請者の方の氏名をご記入ください。
電話番号は日中連絡のつくものをご記入ください。

年 月 日

(宛先) 富士見 受給者証の「5」からはじまる
7桁の番号を記入してください。

住所 大字鶴馬1800-1
申請者 氏名 富士見 太郎
電話 049-251-2711

次のとおり令和 年 月分のひとり親家庭等医療費を申請します。
家庭等医療費支給事務について、必要な事項を公簿等により確認し、健康保
等の給付状況等を照らすことについて同意します。

自己負担金「有り」の方は、「課税」
「なし」の方は「非課税」に
○をしてください。

受給者番号	*1	5123456	加入医療	ア	富士見	国民健康保険
フリガナ		フジミ タロウ	保険名称	イ		健康保険組合
氏名		富士見 太郎	*13	ウ	全国健康保険協会	支部
				エ		共済組合
生年月日	昭和・平成・令和	1年 11月 23日	申請額		21,000円	
学校、幼稚園又は保育所の管理下でのケガ又は疾病で (ある・ない)			市町村民税の状況		課税	非課税
申請額が21,000円以上の場合、この申請分のほかに、同じ月に、一つの医療機関で医療費を21,000円以上支払った家族(同一保険加入者)が (いる・いない)						

- (注1) 申請書の太枠内を漏らさず記入し、下欄に医療機関等の証明を受けるか、又は領収書を裏面に貼付して、診療月の翌月以降に提出してください。
- (注2) この申請書は、診療月ごと、医療機関(総合病院は医科と歯科)ごとに、入院・外来を区別して、それぞれ1枚ずつ記入してください。

領収書を裏面にホチキス等で添付してください。
領収書を紛失した場合は、受診した医療機関に証明を受けてください。

医療機関等証明欄

*2 診療年月 年 月 診療分

*3 区分 1入院・2外来 診療科()

- ① 学校等でのケガ・疾病はひとり親家庭等医療費の助成対象外となります。(学校等で加入している日本スポーツ振興センター災害共済給付から助成)「ある」の場合は、申請せず、学校等へお問い合わせください。
- ② 申請額(一部負担金:保険診療の2割もしくは3割分)が21,000円以上の場合、同一健康保険のご家族で、同じ月に一つの医療機関で一部負担金21,000円以上の医療費を支払った方が「いる」→その方の医療費の領収書など追加書類のご提出を依頼させていただく場合があります。「いない」→「いない」の場合でも、高額療養費や附加給付金など健康保険組合から給付の可能性があるので、ご案内をいたします。

問看護

補装具

窓口負担額 円

費を除く。)

標準負担額 食分 円

を領収しました。

市処理欄	支給相当額	限度額	附加給付額	自己負担金	支給額	*11 1県内・2県外
	円	円	円	円	円	*12 証明書 □