

① ひとり親家庭等医療費支給申請書

朝霞市長宛

令和〇年〇〇月〇〇日

住所 朝霞市本町1-2-3

申請者氏名 朝霞 花子

電話番号 048(463)XXXX

受給者証から書き写してください

受診・調剤を受けた方の名前を記入してください

次のとおり医療費の支給を申請します。

また、本支給申請に係る助成額算定のため、朝霞市が所得情報を確認すること並びに加入保険者及び独立行政法人日本スポーツ振興センターへ必要な情報を照会し、回答を受けることについて同意します。

受診者	受給者証番号	1	2	3	4	5	6	7	世帯主・被保険者・組合員・加入者の氏名	朝霞 花子
	フリガナ	アサカ ジロウ							加入者記号・番号	朝霞・△△△△△
	氏名	朝霞 次郎							加入保険者の名称	<input checked="" type="checkbox"/> 朝霞市国民健康保険
	生年月日	平成〇〇年〇月〇〇日								<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会()支部
交通事故や保育所、幼稚園、学校行事・部活動等での怪我や疾病に係る医療費ですか。									はい	
申請額が21,000円の場合									上記受診者と同じ保険に加入されている御家族で、申請に係る受診月と同じ月に、1つの医療機関等で21,000円以上の医療費(保険診療分)を支払った方はいますか。	はい いいえ ない

注 上記の申請者欄は、申請者が記入してください。

注 左下領収書添付欄への領収書の添付又は医療機関証明欄への記入により申請を行ってください。

領収書をここへ添付してください。

領収書添付欄 (ホチキス等で添付してください)

医療機関記入欄	領収書	入院日	外来日
	¥		
	ただし、	年	月分保険診療一部負担金 (他法本人負担金 円を含み、入院時食事療養標準負担額を含まない。)
	保険診療総点数	点	他法負担分点数 点
	入院時食事療養標準負担額	¥ (算定回数 回)	
	年 月 日	医療機関コード	
	様	医療機関所在地・住所	
	名称・代表者名		印

領収書の紛失等により医療機関等の証明を受け申請される場合の証明手数料は、自己負担となります。

注 上部の医療機関記入欄は、医療機関等が記入してください。

注 「他法負担分点数」欄には、公費負担で支払われる額を点数で記入してください。