

① ひとり親家庭等医療費支給申請書

令和 年 月 日

朝霞市長宛

住所 朝霞市

申請者 氏名

電話番号 ()

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								世帯主・被保険者・組合員・加入者の氏名	
	フリガナ									記号・番号
	氏名								加入保険者の名称	<input type="checkbox"/> 朝霞市国民健康保険
	生年月日	年	月	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・いいえ		<input type="checkbox"/> ()健康保険組合
申請額が21,000円以上の場合	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。								いる・いない	<input type="checkbox"/> ()共済組合

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。

領収書添付欄 (ホチキス等で添付してください)	入院 日	外来 日
	領 収 書	
	¥ _____	
	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)	

注 上記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。

処理欄	年 月 外来・入院 日	多数該当・区分 ()	円	市町村民税(課税・非課税)
	保険診療一部負担金 _____ 円	高額療養費 _____ 円	附加給付 _____ 円	条例第6条一部負担金 _____ 円
	市町村民税非課税	(入院90日以降)	他科	公費負担
	210円 × _____ = _____ 円	160円 × _____ = _____ 円		円