

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

受給者証から書き写してください

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	記号・番号	朝霞・△△△△△
	氏名	朝霞 次郎							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							保		<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会( )支部
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。							険		<input type="checkbox"/> ( )健康保険組合	
										<input type="checkbox"/> ( )共済組合	
										<input type="checkbox"/> ( )	

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)	領収書		入院 日	外来 日
	領収書		円を含み、	
	以下の内容が記載されている保険適用分の領収書であること。		点	
<ul style="list-style-type: none"> <li>受診年月日</li> <li>保険点数</li> <li>保険負担割合</li> <li>領収印があるもの</li> </ul>				
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は、この部分に証明を受けてください。なお、この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。