様式第８号（第１９条関係）

ひとり親家庭等医療費 支給申請書

年　　　月　　　日

皆野町長　様

受給者氏名：

（連絡先：　　　　-　　　　　-　　　　　）

　次のとおり、医療費を申請します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受診した受給者 | 受給者証番号 |  | 加入医療保険 | 被保険者等の  氏名 |  |
| ふりがな |  | 記号・番号 | ・ |
| 氏　　　名 |  | 保険者番号 |  |
| 保険者名 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | 資格取得  年月日 | 年　　　月　　　日 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療機関等記入欄 |  | | | | 入院　　　日 | | 外来 | |
| 領収証  　　￥  　　ただし、　　　年　　月分保険診療一部負担金(他法本人負担金　　　　　　　円含む)  　　―入院時の食事療養標準負担額及び外来薬剤一部負担金は含まない。― | | | | | | | |
|  | 保険診療総点数 | 点 | 他法負担点数 | | 点 | |  |
| 入院時食事療養費標準負担額￥　　　　　　　　　　　　　(算定食数　　　食)  　　　　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　　様  保険医療機関等　住　　所  名　　称  代 表 者　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | |

注)　1　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(この場合必ず円と記入すること)。

　　 2　この領収書は、健康保険の対象とならない費用は含めず記入してください。