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。