



ひとり親家庭等医療費助成申請書

年 月 日

美波町長 様

申請者 住所

氏名

印

下記のとおり一部負担金を払いましたので、医療費等の支給を申請します。

| | | | | | | | |
|------------|-------------------------------|---|----------------------------|-------------|---------|-----------|-----|
| 受給者記入欄 | 受給者氏名 | | | 生年月日 | 年 月 日 | | |
| | 住所 | | | 受給者番号 | | | |
| | 加入保険 | 保険の名称 | 国、(一般・退職〔本人・被扶養者〕)、政、組、船、共 | | | 附加給付金の有無 | 有・無 |
| | | 被保険者 | | | | 附加給付金の金額 | 円 |
| | | 保険記号番号 | | | | 高額療養費支払回数 | 回 |
| 他の世帯員の受診状況 | 氏名 | | 医療機関名 | | 自己負担金 | 円 | |
| | 氏名 | | 医療機関名 | | 自己負担金 | 円 | |
| 医療機関等記入欄 | 受診日 | 年 月 日から | | | 入院日数 | 日 | |
| | | 年 月 日まで受診分 | | | 外来日数 | 日 | |
| | 区分 | 入院 | | | 入院外 | | |
| | 診療報酬点数 | | | | | 点 | |
| | 区分 | 他法負担点数 | | | | | 点 |
| | | 保険者負担点数 (高額療養費分除く) | | | | | 点 |
| | | 一部負担金 ① (本人負担額) | | | | 円 | 円 |
| | | 訪問看護療養費の 総利用料 ② | 受診日内の利用回数 | | | 回 | |
| | | 円 基本利用料の単価(2日目以降分) | | | 円 (1日目) | 円 | |
| | ※ | 医療の給付に係る一部負担金を①の欄に、訪問看護療養費に係る基本利用料を②の欄にそれぞれ分けて記入してください。 | | | | | |
| | 年 月 日 | | | 医療機関等所在地 | | | |
| | | | | 名称 | | | |
| | | | | 代表者名 | | | |
| | | | | 印 | | | |
| 市町村記入欄 | 本人負担額 A | (高額)療養費 B | 附加給付額 C | 支給決定額 D | 受付年月日 | 年 月 日 | |
| | ①+② | 負担額 | | [D=A-(B+C)] | 決裁年月日 | 年 月 日 | |
| | | | | | 支給年月日 | 年 月 日 | |
| | (高額)療養費の世帯合算及び 附加給付金等の算定方法 | | | | | | |