



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

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	点	
	区分	他法負担点数				点	点
		保険者負担点数 (高額療養費分除く)				点	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 ①+②	(高額)療養費 B 負担額	附加給付額 C	支給決定額 D [D=A-(B+C)]	受付年月日	年 月 日	
					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						