

保険証が変わったら届出を！

県外区分	診療区分	公費区分	確認区分	結核区分	入院日数

様式第6号 (第17条関係)

ひとり親家庭等医療費支給申請書

坂戸市長あて

年 月 日

住所 坂戸市

申請者 氏名

電話 ()

下記のとおり医療費を申請します。

申請者記入欄	受給者証 記号番号	氏 名	生年月日	S・H	年	月	日	加入医療保険	世帯主・被保険者 組合員・加入者の氏名	市民税の状況	課税 ・ 非課税	
									名 称	坂戸市国民健康保険 全国健康保険協会 () 支部 () 健康保険組合 その他 ()		

- 注) 1 上部申請書欄は、申請者が記入して診療を受けた翌月以降に下部領収書欄に医療機関等で記入を受けてください。
 2 申請する場合は、健康保険証を持参してください。

領 収 書

入院	入院日数	日
外来	外来日数	日

¥ _____

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。)
 入院時食事療養標準負担額及び外来薬剤費一部負担金は含まない

保険診療総点数	点	他法負担分点数	点
---------	---	---------	---

¥ _____ ただし、外来薬剤一部負担金

¥ _____ (算定数 _____ 食) ただし、入院時食事療養標準負担金

平成 ____年 ____月 ____日

様

医療機関等所在地

名 称

氏 名

注) 1 他法負担分点数欄は、公費負担で支払われる額を点数で記入してください。

条例第6条 自己負担金	
----------------	--

円 × 食	円 × 食	円 × 食
----------	----------	----------