

※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)

親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

電話番号 ()

下記のとおり医療費を申請します。

申請者記入欄	受給者証番号		加入医療保険	世帯主・被保険者 組合員・加入者の氏名	
	氏名			市民税の状況	課税 ・ 非課税
	生年月日	S・H・R 年 月 日		名称	<input type="checkbox"/> 坂戸市国民健康保険 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 () 支部 <input type="checkbox"/> () 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 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。
 3 保育所、幼稚園、学校等の管理下におけるけが等で日本スポーツ振興センターの災害共済給付制度の対象となる場合や他の公費負担医療制度から一部負担金等の全額が支給される場合には、ひとり親家庭等医療費の支給対象となりません。

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は、含まない—

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

¥ (算定数 食) ただし、入院時食事療養標準負担金

令和 年 月 日

様

医療機関等所在地

名 称

氏 名

印

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。

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