

※保険証が変わったら届出を！

様式第6号 (第17条関係)

県外区分	診療区分	公費区分	確認区分	結核区分	入院日数

※赤い□の中を記入してください。

(親) ひとり親家庭等医療費支給申請書

坂戸市長あて

H25年 4月 1日

住所 坂戸市 千代田1-1-1  
坂千アパート201

申請者 氏名 坂戸 花子

電話 090-(0000)-△△△△

申請者記入欄

保護者を記入してください。

下記のとおりに医療費を申請します。

受給者	受給者証 記号番号	6 0 1 2 3 4 5	加入 医療 保険 名 称	世帯主・被保険者 組合員・加入者の氏名	坂戸 花子
	氏名	坂戸 桜太		市民税の状況	課税 ・ 非課税
	生年月日	S H 9年 5月 1日		<input type="checkbox"/> 坂戸市国民健康保険 <input type="checkbox"/> 不明な方は空欄にしてください。 <input checked="" type="checkbox"/> (さかどグループ) 健康保険組合 <input type="checkbox"/> その他 ( )	

注) 1 本申請書欄は、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

受給資格証の番号等

健康保険証を持参してください。

領 収 書

受給者の健康保険証の内容

社会保険にご加入の場合は、健康保険証の一番下に名称がある場合が多いです。(保険証により、記載の場所は多少異なります。)

健康保険 記号○○○番号○○○  
被保険者証  
氏名 坂戸 桜太  
生年月日 平成9年5月1日  
被保険者 坂戸 花子  
氏名 さかどグループ健康保険組合  
生年月日 平成9年5月1日  
被保険者 坂戸 花子  
全国健康保険協会埼玉支部

〇〇県市町村職員共済組合

医療機関等記入欄

領収書の欄は医療機関に記入していただくところです。  
領収書 (必要事項が記載されたもの) を添付していただく場合は空欄で結構です。

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
------	------	------