様式第5号(第9条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者記入 | ひとり親家庭等医療費支給申請書 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 永平寺町長　　　　様 | | | | | | | | | | | | | | | | | 年　　月　　日提出 | |  |
|  | |
|  | | | | | | 受給者  (保護者) | | | | | 住所 | | | 永平寺町 | | | | 印 |  |
| 氏名 | | |  | | | |
| 次のとおり領収証明書(領収書)を添えて医療費助成の申請をします。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受診者 | 対象者番号 |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | | 加入保険 | 1　国保　　2　退職　　3　国組  4　政管　　5　日雇　　6　組合  7　船員　　8　共済 | | | |
| 氏名 |  | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 年　月　日 | | | | | | | | | | | | |

○この申請書は、申請者が記入してください。

○1年を過ぎたものは、無効となります。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療機関記入 | 領収証明書 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 受診年月 | 年　　月分 | | | | | 保険診療総点数 | | | | | 点 | | | | |  |
| 受診者名 | 様 | | | | | 保険診療一部負担金 | | | | | 円 | | | | |
| 入院外来区分 | 1　入院　2　外来　3　訪問 | | | | | 入院時食事療養費 | | | | | 円 | | | | |
| 次のとおり領収したことを証明します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年　　月　　日 | | | | | | | | | 住所  名称  氏名　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | |
|  | | | 府県 | | 表 | 地区 | | | | 番号 | | | | | | 診療科目 | |
| 1 | 8 |  |  | |  | |  |  | |  |  |  |  | |

○点数及び金額は、保険診療の対象分のみ記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | 負担 | | 高額 | 特疾 | | 保険率 | |
| 1 | |  |  | |  | |
| A　総医療費 | B　本人負担 | C　附加給付 | D　高額療養 | | E　他負担 | | | F　助成額 | | 現償 |
|  |  |  |  | |  | | |  | | 0 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 算出基礎 |  | 食事療養費 | 総支給額 | 支給月 | データNo. |
|  |  | 5 |  |