

ひとり親家庭医療費助成申請書

申請者記入欄（太枠の枠を記入して下さい。）											
富士吉田市長 様										年 月 日	
申請者 住所 氏名 電話番号											
下記のとおり医療費の助成を申請します。											
診療月		年 月				助成申請額			円		
受診者	対象者番号										
	氏名						生 年 月 日		. .		
助成申請額に対する 他の制度による給付		無 有		内容		1 高額療養費 2 附加給付 3 他の医療費助成制度 4 交通事故等第三者行為による給付 5 その他()					

《注意》 1 国民健康保険以外の保険に加入している方は、高額療養費に該当したときは、当該支給決定通知書又は領収書を添付して下さい。
2 加入医療保険・振込先金融機関に変更がある方は届出をして下さい。

医療機関証明欄											
(医療機関が発行する領収書(以下の内容が確認できるものに限ります。)を添付するか、枠内を受診した医療機関に記入してもらって下さい。)											
受診者氏名				診療年月				年 月			
一部負担金 領 収 額		円(他法本人負担金						円含む)			
区 分	1 医科 2 歯科 3 薬剤 4 その他()				入 院 時 食 事 療 養 費	入院 日数		標準 負担額		円	
	1 入院 2 入院外					=総額				円	
保 険 診 療 総 点 数		点				他法負担 点 数		点			
上記のとおり相違ありません。 年 月 日 医療機関等 住所 名 称 代表者											

《注意》 1 点数で記入できない場合は、金額で記入して下さい。(この場合は、必ず円と記入して下さい)
2 番号をつけてある欄は、該当の番号を○で囲んでください。

市 (町 村) 記 入 欄			
療養に要した費用額	円…(A)	高 額 療 養 費	円…(D)
法 定 一 部 負 担 額 (A)×負担割合	円…(B)	附 加 給 付 額	円…(E)
他 法 負 担 分	円…(C)	入 院 食 事 負 担 額	円…(F)
支給 不支給 →(理由 1 重複請求 2 有効期間外)	助 成 額 (B)－{(C)+(D)+(E)}+(F)		円