様式第5号(第8条関係)

ひとり親家庭医療費助成申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者記入欄 | | | ※二重線の枠内に黒のボールペン等で記入し、署名又は記名押印してください。  ※記入の仕方は裏面をご覧ください。消えるボールペンでは記入しないでください。 | | | | |
| 年　　月　　日  　下野市長　様  受給資格者　住所　下野市  氏名  電話　　　　　（　　　） | | | | | | | |
| 受給資格者証記号番号 | |  | | 加入保険 | 被保険者氏名 | |  |
| 受診者 | 氏名 |  | | 保険証記号番号 | |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | | 保険者名称 | |  |
| 一部負担金21,000円以上支払った家族の有無(裏面参照) | | | | | | 有(※　　月診療)・無 | |

**領収書は、のりやテープで貼らないでください。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療機関記入欄 | | | | | | | ※医療機関等が記入押印してください(レセプト1件1行、点数欄は右詰とし空欄は線を引いてください)。  ※柔道整復師(受領委任払い)等は、点数欄に「円」を付けた保険診療合計金額で証明してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険診療証明書　　　　受診者氏名(　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険種類  国保・社保・後期高齢者医療 | | | | | | | | | | | | | 自己負担割合  1・2・3割 | | | | | | | | | | 特定疾病療養受療証  有・無 | | | | | | | | | 限度額適用認定証等  A・B・C・低Ⅰ・低Ⅱ・多数 | |
| 診療年月 | | | 保険診療合計点数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 他法負担点数  (法別番号) | | | | | | | | 備考(自己負担額等) |
| 年 | 月 | | 診療科等 | | | | 入院・外来 | | | | | | | 日数 | | | 点数 | | | | | | | |
|  |  | |  | | | | 入・外 | | | | | | |  | | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | (　　) | |  |
|  |  | |  | | | | 入・外 | | | | | | |  | | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | (　　) | |  |
|  |  | |  | | | | 入・外 | | | | | | |  | | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | (　　) | |  |
|  |  | |  | | | | 入・外 | | | | | | |  | | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | (　　) | |  |
|  |  | |  | | | | 入・外 | | | | | | |  | | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | (　　) | |  |
|  |  | |  | | | | 入・外 | | | | | | |  | | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | (　　) | |  |
| 年　　月　　日  　　　　　医療機関等コード | | | | | | | | | | | | | | | | 医療機関等　所在地  名称  氏名　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 診療科等 | 診療年月 | 保険診療合計点数 | 一部負担額 | 控除額の内訳 | | | | 医療費助成額 |
| 他法負担額 | 高額療養費 | 附加給付額 | その他 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

