

親

第6号様式 (第17条関係)
処理区分 ①

受付 審査 受付年月日 親

ひとり親家庭等医療費申請書 (償還払)

令和 6 年 5 月 30 日

(宛先) 上尾市長

▼ この枠内は受給者をご記入ください (加入医療保険・振込口座などの登録内容が変わった時はお早めに届出をしてください)。

※領収書はホチキスで左上・後方に日付順に添付してください。

受給者 (保護者)	住所	上尾市 本町3-1-1	受給者番号	1 2 3 4 5 6 7
	フリガナ		フリガナ	アケオ ハナコ
	電話	048 (775) 6819	氏名	上尾 花子
	氏名	上尾 花子	生年月日	3.昭和 4.平成 5.令和 5 5 年 1 月 1 日
① 学校行事や部活動でのけがや疾病又は交通事故によるけがや疾病に係る医療費ですか? はい . いいえ		② 今回の申請金額が21,000円以上の方へこの申請書以外に同じ医療保険に加入していて、同じ月に、1か所の病院で医療費を21,000円以上支払った家族 (本人含む) はいですか? はい . いいえ	診療年月	5.令和 6 年 4 月 診療分
※市処理欄のため記入不要	個人番号	記号番号	記号	番号
		12	12	345
		フリガナ	フリガナ	
			アケオ ハナコ	
		被保険者、世帯主等氏名	被保険者、世帯主等氏名	
			上尾 花子	
		保険者番号 (右寄せに記入)	保険者番号 (右寄せに記入)	
			0 0 1 1 0 1 9 7	
		名称	※ (○で囲む) 協会けんぽ・健保・共済・国保・国組	
			上尾市	支部
			電話 048 (775) 5136	

ここから下は、領収書の記載事項に不備がある場合や領収書を紛失した場合等に、医療機関等へ記入を依頼していただく箇所ですので、必要な場合は、医療機関等へ記入を依頼してください。
▼この枠内は医療機関が月別、入院・外来別に1枚ご記入ください (総合病院は各診療科を合算してご記入ください)。

医療機関記入欄	領収書を添付する場合は、この欄 (医療機関の証明) の記載は不要です。	
	【領収証に必要な内容】	
	①患者氏名	
	②診療年月日	
	③保険診療分の自己負担額	
	④保険診療点数(接骨院の場合は保険診療総額)	
	⑤医療機関名・所在地	
⑥発行日または領収日		
⑦診療日数		

市処理欄
過払