

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 年 月 日

(宛先) 上尾市長

この枠内は受給者がご記入ください (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)。

受給者(保護者)	住所	上尾市	受給者番号	
	フリガナ		フリガナ	
	電話	( )	氏名	
	氏名		生年月日	3. 昭和 4. 平成 5. 令和 年 月 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	診療年月	5. 令和 年 月 診療分
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)はいますか?		はい . いいえ	記号番号	記号 番号
※市処理欄のため記入不要		個人番号	フリガナ	
			被保険者、世帯主等氏名	
			保険者番号(右寄せに記入)	
			名称	※(○で囲む) 協会けんぽ・健保・共済・国保・国組 支部 電話 ( )

※協会けんぽ=全国健康保険協会、健保=健康保険組合、共済=共済組合、国保=国民健康保険、国組=国民健康保険組合

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》 ※保険外のは記入の対象ではありません。					令和 年 月 日
	診療年月	5. 令和	年	月		(患者氏名) 様
	入院・外来日数	入院	外来			※精32等 他の公費負担(あり・なし)
	県NO.	医療機関コード(7ケタ)	区分			(医療機関) ※手書きのときは朱印を押印してください。
	市処理欄	追加区分	証明区分			所在地
	保険診療総点数				点	名称
	請求する保険診療一部負担金(現物給付分80,100円まで)				0 円	電話番号
	領収した保険診療一部負担金				円	
	入院時食事・生活療養標準負担額(合計)				円	
	食事回数(ただし、平成18年3月までは食事日数)	食	居住日数	日		

↑平成26年1月診療分から標準負担額の1/2が助成対象となりますが、この欄には全額を記入してください。

税	多	高額療養費	付加給付金	付加コード	食	日数	継
過払							

※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。