

ひとり親家庭等医療費支給申請書

(宛先)
戸田市長

年 月 日

申請者(受給資格者)

住 所
氏 名
個人番号
電話番号

次のとおり、ひとり親家庭等医療費の支給を申請します。

(受診者欄) 申請者が記入してください。

受給者証番号		加入 医 療 保 険	記号		番号	
氏 名			戸田市国民健康保険 全国健康保険協会()支部 ()健康保険組合 ()共済組合 ()			
生 年 月 日	年 月 日					
個 人 番 号						
受 診 年 月	年 月 (入院 ・ 外来) 分					

(医療機関等証明欄) 領収証を添付できない場合、医療機関等が記入してください。
なお、証明に費用がかかる場合は自己負担となります。

入院記入欄	入院期間	/ ~ / ・ / ~ / ・ / ~ / (日間)														
	食事療養費標準負担額	@	円 ×	食 =	円											
外来記入欄	受診月日	__月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 ()日間														
		保険診療一部負担金	保険診療総医療費 (10割)	高額療養費限度額適用	有・無											
円	円	他法(公費)負担分		有・無												
		他法負担分点数		点												
		他法本人負担金		円												
受診内容等について上記のとおり証明します。																
医療機関等																
令和 年 月 日																
医療機関番号																
所在地																
名 称																
代 表 者																
電 話 番 号																
印																

(注1) 他法負担分点数欄は、公費負担で支払われる額を点数で記入してください。

(注2) 保険診療総点数が基準点(7,000点)を超えている場合、以下にご回答ください。

同一保険に加入している世帯員について、同一月に21,000円以上の一部負担が発生している。 はい・いいえ

同一保険に加入している受診月より前の11か月に、高額療養費の発生した月が3回以上ある。 はい・いいえ