

ひとり親家庭等医療費助成申請書

和水町長様

次のとおり、医療費の助成を申請します。

申請者記入欄	受給者(保護者)氏名			
	対象者氏名	<input type="checkbox"/> 同上		対象者の生年月日
	診療月	年	月分	受給者証番号
	保険種別	国保	協会組合	共済

※お持ちの健康保険証で確認し、該当するものに○を付けてください。

領収書が添付が出来ない場合は、診療を受けた医療機関等の証明が必要です。

医療機関等の記入欄	医療機関	診療月	年 月分		患者氏名			
		入院	日数	日	医療点数	点	定率一部負担額	円
		通院	日数	日	医療点数	点	定率一部負担額	円
		訪問看護	日数	日	医療点数	点	定率一部負担額	円
		医療機関コード						
	年 月 日、上記の一部負担金額を受領しました。							
	所在地							
	名称							
	氏名 印							
調剤薬局	調剤	診療月	年 月分		患者氏名			
		調剤	日数	日	医療点数	点	定率一部負担額	円
		医療機関コード					処方医療機関名	
	年 月 日、上記の一部負担金額を受領しました。							
	所在地							
名称								
氏名 印								

町職員記入欄	<input type="checkbox"/> 一部負担金(窓口で支払った保険内診療の額)が21,000円を超える場合、高額療養費の支給について保護者または保険者確認済 (支給無し ・ 支給有 → 支給決定通知書(写し可)の添付が必要。)			
	<input type="checkbox"/> 一部負担金(窓口で支払った保険内診療の額)が21,000円を超える場合、付加給付金の支給について保護者または保険者確認済 (支給無し ・ 支給有 → 支給額の分かる書類(写し可)の添付が必要。)			
	<input type="checkbox"/> 治療用装具に係る費用助成の場合、医師の装着指示書(写し可)および支給決定通知書(写し可)の添付済			
	一部負担金額 ①		高額療養費または 療養費支給額 ②	付加給付金 ③
円		円	円	円