


処 理 欄	保険診療一部負担金	高額療養費	付加給付	条例第6条一部負担金	支給額計
	円	円	円	円	円
	入院時食事療養標準負担額	市町村民税非課税		(入院4か月以降)	
	円×回=円	円×回=円	円×回=円		



ひとり親家庭等医療費支給申請書

年 月 日

(宛先) 滑川町長

住所

氏名 印

電話 ()

下記のとおり医療費を申請します。なお、町県民税課税台帳の内容確認を行うことに同意します。

受給者	受給者証 記号番号		加入 医療 保険	世帯主・被保険者・ 組合員・加入者の氏名	
	ふりがな 氏 名			市町村民税の状況	課税・非課税
区分	入院	年 月 日 入院日数 日		記 号 番 号	
	外来	年 月 分 外来日数 日		名 称	電話 ()

注) 1 上部申請書は、申請者が記入してください。

	入院	日	外来	日
--	----	---	----	---

領 収 書

¥ _____

ただし、年 月分保険診療一部負担金 (他法本人負担金 円含む)
—入院時食事療養標準負担額は含まない—

保険診療総点数	点	他法負担分点数	点
---------	---	---------	---

¥ _____ (算定回数 回) ただし、入院時食事療養標準負担額

年 月 日

_____ 様

医療機関等所在地 (住所)

名 称

氏 名

印

注) 1 上部領収書欄は、医療機関等で記入してください。
2 他法負担分点数は、結核予防法等公費負担で支払われる額を点数で記入してください。