

※裏面の「医療費の支給申請の仕方」をお読みのうえ、記入してください。

親 ひとり親家庭等医療費支給申請書

年 月 日

ふじみ野市長 宛て

住所

氏名

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。

なお、医療費に係る私の加入する医療保険者に対する高額療養費及び附加給付金の開示請求の権限をふじみ野市長に委任します。

受給者番号		加入医療保険	被保険者名	
ふりがな			記号	番号
氏名			保険者の名称	
			保険者の番号	
生年月日	年 月 日		認定日	年 月 日
			市町村民税の状況	課税 ・ 非課税

備考 上部太枠内は、申請者が記入してください。

医療機関等記入欄			
領収書			
年 月診療分			
・保険診療一部負担金		円	
ただし、他法本人負担額		円を含み、食事療養本人負担額は含まない。	
保険診療点数	点	他法負担点数	点
1 入院 ・ 2 外来 ・ 3 歯科 ・ 4 調剤 ・ 6 訪問看護 ・ 7 柔道整復 ・ 8 コルセット			
日数	日	1 県内 ・ 2 県外	1 証明 ・ 2 レシート
年 月 日	医療機関コード		
様 医療機関等の所在地			
名 称			
氏 名			
電 話 番 号			

備考 1 上部領収書は、医療機関等で記入してください。
2 他法負担点数欄は、公費負担で支払われる額を点数で記入してください。

処 理 欄	①支給対象経費	円	②一部負担金控除額	円
	保険診療一部負担金	円	条例第6条一部負担金	円
			附加給付額	円
	支給額 (① - ②)			円

(注) 食事療養標準負担額は、支給対象経費外とする。

〔医療費の支給申請の仕方〕

医療費支給申請書の受付は、診療を受けた月の翌月以降になります。

- 1 申請書は、月ごとに、病院別、診療所別、薬局別、入院別、外来別、歯科別にそれぞれ1枚提出してください。
- 2 医療機関発行の領収書による申請の場合は、以下の点が確認できるものとしてください。
 - (1) 医療を受けた人の氏名
 - (2) 入院・外来の別
 - (3) 1日ごとの保険診療点数
 - (4) 他法負担分

※レシート等で氏名、診療点数等の記載がないものは申請できません。その場合は、申請書の領収書欄を病院、薬局等で記入してもらってください。

- 3 提出した領収書は、お返しできません。原本を提出できない方は、コピーして原本と両方御持参ください。照合の上、その場で原本をお返しします。
- 4 記入漏れ等がある場合は、受付できません。
不明な点は、市役所子育て支援課までお問い合わせください。

ふじみ野市役所子育て支援課
電話番号049-262-9041