様式第７号(第５条関係)

ひとり親家庭等医療費助成金申請書

年　　月　　日

　(あて先)神埼市長

申請者　住所

(受給者) 氏名　　　　　　　　　　　　　印

　下記のとおり医療費の給付を受けたく申請します。

［申請者記入欄］

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給資格証記号番号 | 　 | 加入保険 | 被保険者氏名 | 　 |
| 患者との続柄 | 　 | 被保険者記号番号 | 　 |
| 患者の生年月日 | 　 | 保険名 | 　 |

［医療機関等記入欄］

|  |
| --- |
| 保険診療額(領収)証明 |
| 患者氏名 | 　 |
| 診療月 | 　　　　年　　月分(入院がある場合は、入院日数　　日) |
| 　 | 入院 | 入院外 | 歯科 | 調剤 |
| 保険診療総点数 | 点 | 点 | 点 | 点 |
| 公費負担点数 | 点 | 点 | 点 | 点 |
| 保険診療一部負担額 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 食事療養費標準負担額 | 円 | 　 | 円 | 　 |
| 訪問看護利用料 | 　 | 円 | 　 | 　 |
| 　上記の金額を受領しました。　　　　年　　月　　日医療機関等所在地　　　　　　　　　　　　　　　名称　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　印　 |

［市町村記入欄］

|  |
| --- |
| 給付決定額 |
| 　 | 一部負担金額 | 高額療養費 | 付加給付額 | 給付額 |
| 保険診療 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 食事療養費標準負担額 | 円 | 　 | 円 |
| 訪問看護利用料 | 円 | 円 | 円 |