

※ 日本スポーツ振興センターの「災害共済給付制度」を利用している場合、「ひとり親家庭等医療費」の支給対象にはなりません。
 第6号様式（第16条関係）

ひとり親家庭等医療費支給申請書					
		年	月	日	
(あて先) 北本市長					
住所					
申請者 氏名					
(保護者) 電話 ()					
次のとおりひとり親家庭等医療費を申請します。					
受診者	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	
	フリガナ			市民税の状況	課税・非課税
	氏名			記号番号	
	生年月日	年 月 日		名称	電話 ()
	診療年月	年 月分		保険者番号	

(注) 上部申請書は、申請者が記入してください。

領 収 書		入院	日	外 来										
¥ _____														
ただし、年 月分保険診療一部負担金（他法本人負担金分 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											
¥ _____ (算定食数 食)														
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)														
医療機関コード														
<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>														

(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、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	課税状況		県内外区分		診療区分		入外区分		支 給 額 計
	保険診療一部負担金	高 額 療 養 費	付 加 給 付	条 例 第 6 条 自 己 負 担 金					
	円	円	円	円	円				円