

この申請書は、深谷市以外の医療機関でご使用ください。

* 深谷市内の医療機関の申請書は、その医療機関窓口においてありますので、そちらをご使用ください

様式第7号（第16条関係）

ひとり親家庭等医療費支給申請書

親

深谷市長

宛て

平成 年 月 日

申請者 住 所 深谷市

(受給者) 氏 名

電 話

次のとおり医療費の支給を申請します。なお、私又は私の扶養家族の医療保険加入期間内の診療分について、市が健康保険組合等に診療報酬、療養費等の給付状況等を確認することについて承諾します。

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	
			記 号 番 号	
受診者名 (カタカナ)			名 称	健保・国保・共済 全国健康保険協会 支部
			保 険 者 番 号	
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日生		資格取得(認定)年月日	昭和・平成 年 月 日

(注) 1 上記の申請書欄は、申請者が記入してください。

2 領収書を添付する場合は、裏面をお願いいたします。

3 住所・加入医療保険・振込口座に変更があった場合は、こども青少年課へ変更届を提出してください。

◆保険外診療分は記入しないでください◆ 領 収 書

入 院	日	外 来	日
-----	---	-----	---

¥ _____
ただし、 年 月分保険診療一部負担金（他法本人負担額 円を含む。）
—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
---------------	---	---------	---

処方元医療機関名 _____（院外薬局の方が記入してください。）

平成 年 月 日 医療機関等所在地
(住所)

_____様 医療機関コード

名 称

氏 名 (印)

(注) 1 上記の領収書欄は、医療機関等が記入してください。

2 他法負担分点数欄は、公費負担で支払われる額を点数で記入してください。

3 保険外診療分は記入しないでください。

市 記 入 欄	課税状況		県内外区分		区分		入院外来区分	
	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	支給総額
		円		円		円		円
	1:課税	2:非課税	11医科(証) 21歯科(証) 31調剤(証) 41その他(証)				1:入院	2:外来
	1:県内	2:県外	12医科(レ) 22歯科(レ) 32調剤(レ) 42その他(レ) 52養育医療(レ) 62療育医療(レ)					