

ひとり親家庭等医療費支給申請書記入方法(受給者様用)

様式第7号(第16条関係)

ひとり親家庭等医療費

申請日を必ず入れて
ください

年 月 日

親
深谷市長

受給者のかた(保護者・
養育者)のお名前・住
所・連絡先

住所 深谷市 仲町11-1
氏名 深谷 花子
電話 (571) 1211

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	ひとり親家庭等医療費 受給者証の番号	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	深谷 花子 1 2 3 4
受診者名 (カタカナ)	医療機関等に受診した方	名 称	深谷市 健保・ <u>国保</u> ・共済	全国健康保険協会 支部
生年月日	<u>昭和</u> 平成 50年 4月 1日生	保 険 者 番 号	1 1 0 1 8 9	資格取得(認定)年月日
				H18年 4月 1日

☆ 世帯主・被保険者について

- ・ 深谷市国民健康保険→世帯主の氏名
- ・ その他の保険証→お子様を扶養しているかたの氏名

☆ 記号番号について

- ・ 健康保険組合が個人・世帯を識別するコードです。
(文字や数字で表示されています。)

☆ 保険者番号について

健康保険組合の名称や種類を表す数字です。

- ・ 全国健康保険協会〇〇支部→01から始まる8桁
- ・ 社会保険事務所→4桁
- ・ 〇〇健康保険組合→06から始まる8桁
- ・ 深谷市国民健康保険→110189
- ・ 共済組合→3から始まる8桁

☆ 資格取得年月日について

お子様がその保険に加入した日にちです。

※交付年月日(保険証が手元に届いた日)ではありません。

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
様

- (注)1 上記の領収書欄は、医療機関
2 他法負担分点数欄は、公費
3 保険外診療分は記入しない

市 記 入 欄	課税状況	県内外					
	保険診療一部負担金	高 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)				