

償還用

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

年 月 日

①
深谷市長 宛て

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	年 月 日 生		資格取得(認定)年月日	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。）
 ー入院時食事療養標準負担額は含まない。ー

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。）

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	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)							