

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		申請日を必ず入れてください		年 月 日
親 深谷市長	宛て	申請者 住所	深谷市 仲町11-1	
受給者のかた(保護者・ 養育者)のお名前・住 所・連絡先		(受給者)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	深谷 花子
			記号番号	1234
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・ 国保 ・共済
			保険者番号	全国健康保険協会 支部 110189
生年月日	昭和 50年 4月 1日生		資格取得(認定)年月日	昭和 平成 18年 4月 1日

(注) 1 上記の申請書欄は、申請者が記入してください。

☆ 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→受診者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。)

入院	日	外来	日
負担金(他法本人負担額)		円を含む。)	
-			
負担分点数	点		

処方元医療機関名 _____

年 月 _____

☆ 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

受診者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。

(注) 1 上記の領収書欄は、
 2 他法負担分点数欄は、
 3 保険外診療分は記入

市記入欄	課税状況	県内	県外	県外	県外	県外
	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)					