

簿 冊 表

(ひとり親家庭等医療費申請書)

| 簿 冊 番 号 | | |
|---------|--|--|
| | | |

| 支給年月 | 年号 | 年 | 月 |
|------|----|---|---|
| | ① | | |

| | | | |
|---------|--------|-------|---------|
| 1 県 内 | 2 県 外 | | |
| 1 医 科 | 2 歯 科 | 3 調 剤 | 4 そ の 他 |
| 1 証 明 書 | 2 レシート | | |

| | | | | |
|-----|---|--|--|--|
| 連 番 | | | | |
| | } | | | |
| | | | | |

| | | |
|-----|--|--|
| 件 数 | | |
|-----|--|--|

| 担 当 課 使 用 欄 |
|-------------|
| |

春 日 部 市 こども支援 課

| | | | | | | | | | | | | |
|---|----------------|----------------------|-----------|-----------|--------|-----------|----------------------------|-----------|--|-----------------|-----|--|
| | | | | | 番号 | | | | | | | |
| ③職 ④員 ⑤記 ⑥入 欄 | 1 県 内 | 2 県 外 | | | 受 付 | | | | | | | |
| | 1 医 科 | 2 歯 科 | 3 調 剤 | 4 そ の 他 | | | | | | | | |
| | 1 証 明 書 | 2 レシート | | | 5 養育医療 | | | | | | | |
| | 1 母 | 2 父 | 3 養 育 者 | 4 児 童 | | | | | | | | |
| 入 欄 | 点 数 | 保 険 診 療 一 部 負 担 金 | 高 額 療 養 費 | 附 加 給 付 金 | 自己負担金 | 助 成 金 | | | | | | |
| | 点 | 円 | ⑰ 円 | ⑱ 円 | 円 | 円 | | | | | | |
| 申 請 者 記 入 欄 | ⑨ひとり親家庭等医療費申請書 | | | | | | | | | | | |
| | 春日部市長 あて | | | | | | | | | | | |
| | 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| | 申請者 | | | | | | | | | | | |
| | 住所 | | | | | | | | | | | |
| | 氏 名 | | | | | | | | | | | |
| | 電話番号 () | | | | | | | | | | | |
| | 下記のとおり申請します。 | | | | | | | | | | | |
| | 対 象 者 | 受 給 者 番 号 | ⑦ | | | | 加 入 健 康 保 険 | 被 保 険 者 名 | | | | |
| | | ふりがな | | | | | | 記 号 | | | 番 号 | |
| 氏 名 | | | | | | 名 称 | | | | | | |
| 生年月日 | | ⑧ 年 月 日 | | | | 保 険 者 番 号 | | ⑨ | | | | |
| 診療月 | | 年 月 分 | | | | | | | | | | |
| 学校等での授業・行事・部活動、又は交通事故によるけがや疾病の医療費ですか。 | | | | | | | | | | はい・いいえ | | |
| 申請額が 円 この申請分と同じ月に、1か所の医療機関等に保険診療分の 以 上 の 場 合 医療費を 円以上支払った家族がいますか。 | | | | | | | | | | はい・いいえ | | |
| 同 意 書 当該助成額の算定に当たり必要がある場合は、税情報の公簿等の確認及び医療機関、保 険者等への問い合わせを行うことに同意します。 同意者氏名(自署又は記名押印) | | | | | | | | | | ⑩ 市民税 課税・非課税 | | |

※医療機関等の領収書等は、裏面にお貼りください。

| | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|--|--|--------------|--|--------|--|--|--|---|--|
| 医 療 機 関 等 記 入 欄 | 領 収 書 | | | | | | | | | |
| | ⑪ 1 入院 ⑫ 日 2 外 来 | | | | | | | | | |
| | ⑭ | | | | | | | | | |
| | ¥ | | | | | | | | | |
| | ただし、⑮ 年 月 分 保険診療一部負担金（他法本人負担金 円含む。） 一入院時の食事療養費に係る標準負担額を含まない。－ | | | | | | | | | |
| | 保険診療総点数 | | ⑯ 点 | | 他法負担点数 | | | | 点 | |
| | 年 月 日 | | | | | | | | | |
| | 医療機関等 | | 所在地（住所） | | | | | | | |
| | 受給者 様 | | 名 称 氏 名 印 | | | | | | | |
| | 医療機関コード ⑰ | | | | | | | | | |

(注) 1 「他法負担点数」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。
2 「領収書」欄は、健康保険の対象とならない費用は含めず記入してください。