様式第５号（第６条関係）

ひとり親家庭医療費助成金請求書

申請者記入欄（太枠の中を記入して下さい。）

年　　月　　日

身延町長　　様

（保護者）　住所　身延町

氏名　　㊞

電話

下記のとおり医療費の助成を申請します。

受診者氏名	生年月日	受診時年齢	保険種別
	年　月　日	歳	□身延町国保　□国保組合　□協会 □健保組合　□共済組合　□その他

≪注意≫　１身延町国保加入者以外の方が高額療養費の該当となった場合は、当該支給決定通知書及び領収書を添付してください。
２振込先金融機関に変更がある場合は届け出てください。
３記名押印に代えて署名することができます。

医療機関証明欄

点数のわかる領収書がない場合は、療養を受けた月の翌月１０日以降に、医療機関等で記入及び証明を受けて下さい。

受診者氏名			診療年月日		
一部負担金額			円（他法本人負担額		円含む）
区　分	１　医科　２　歯科　３調剤　４　その他（　　）				
	１　入院　２　入院外				
保険診療総点数		点	他法負担点数		点

上記のとおり相違ありません。

年　　月　　日

医療機関等　所在地

名　称

代表者　　㊞

≪注意≫　１点数で記入できない場合は、金額で記入して下さい。（この場合は、必ず円と記入して下さい。）
２番号をつけてある欄は、該当の番号を〇で囲んでください。

町　記　入　欄

療養に要した費用額	円…(A)	高額療養費	円…(D)
法定一部負担額 (A)×負担割合	円…(B)	附加給付額	円…(E)
他法負担分	円…(C)	助成額 (B)－{(C)＋(D)＋(E)}	円
支給 不支給　→（理由　１重複請求　２有効期間外）			