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**  点数の分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薬剤　4その他（　　　） | | | | | | | | | | | | | | | 入院時  食　事  療養費 | | | 入院　　　　　　　標　準  日数　　　日　×負担額　　　　円  　＝総額　　　　　　　　　　　円 | | | | | | | | | | | | |
| 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) | 入院時食事療養費 | 円…(F) | |
| 支給  不支給　→（理由　1重複請求　2有効期間外） | | 助成額  (B)-｛（C）+(D)+(E)｝+（F） | | 円 |