

第6号様式 (第17条関係) その1

ひとり親家庭等医療費支給申請書

(宛先)

年 月 日

戸田市長

申請者 (受給資格者)

住 所

氏 名

電話番号

次のとおり、ひとり親家庭等医療費の支給を申請します。

(受診者欄) ※ 申請者が記入してください。

受給者証番号		加入医療保険名称	健保・国保 共済・協会
氏 名		(保険者番号)	()
生 年 月 日	昭和 平成	年 月 日	
医療機関名称			
	受診年月	年 月 (入院・外来) 分	

(医療機関等証明欄) ※ 医療機関等が記入してください。

入院記入欄	入院期間	/ ~ / . / ~ / . / ~ / (日間)													
	食事療養費標準負担額	@	円×	食=	円										
外来記入欄	受診日	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19													
		20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 (日間)													
保険診療一部負担金	保険診療総医療費 (10割)	高額療養費限度額適用	有・無												
円	(点)	他法(公費)負担分	有・無												
		他法負担分点数	点												
		他法本人負担金	円												

受診内容等について上記のとおり証明します。

医療機関等

令和 年 月 日

医療機関番号

所在地

名 称

代 表 者

電 話 番 号

印

(戸田市処理欄) ※ 記入しないでください。

受 付 年 月 日

一部負担金 (A)	円	食事療養費等 標準負担額 (D)	260円× 回=	円 (課税一般)
高額療養費の額 (B)	円		210円× 回=	円 (非課税)
			160円× 回=	円 (非課税90日超)
			円× 回=	円
附加給付の額 (C)	円	支給決定額 A-(B+C)+D	円	

(注1) 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。

(注2) 保険診療総点数が基準点 (7,000点) を超えている場合、以下にご回答ください。

①同一保険に加入している世帯員について、同一月に21,000円以上の一部負担が発生している。 はい・いいえ

②同一保険に加入している受診月より前の11か月に、高額療養費の発生した月が3回以上ある。 はい・いいえ