

ひとり親家庭等医療費支給申請書

年 月 日

さぬき市長 殿

受給者 (受診者)	受給者番号	
	住 所	さぬき市
	氏 名	
	生 年 月 日	
被保険者	氏 名	

下記のとおり一部負担金を支払いましたので、医療費の支給を申請します。

申請者氏名

電話番号

(医療機関等記入欄)

診療報酬等による一部負担金額の証明

年	1 医科	3 調剤	1 社保	3 後期	負 担 割 合		
	2 歯科	4 その他	3 国保		1 割	2 割	3 割

区 分	入 院	入 院 外	訪 問 看 護 療 養 費 基 本 利 用 料 支 払 額	
			療 養 費 の 総 額 (A)	円
診 療 報 酬 等 点 数 (A)	点	点		円
障害者自立支援医療(育成医療及び更生医療に限る。)分に係る点数 (B)	点	点	障害者自立支援医療(育成医療及び更生医療に限る。)分に係る療養費 (B)	円
(B)を含む他法等による公費負担額 (C)	円	円	(B)を含む他法負担の支給額 (C)	円
本人負担	障害者自立支援医療(育成医療及び更生医療に限る。)分に係る一部負担金額(本人負担額)(注1) (D)	円	障害者自立支援医療(育成医療及び更生医療に限る。)分に係る一部負担金額(本人負担額) (D)	円
	(D)以外的一部負担金額(本人負担額)(注1) (E)	円	(D)以外的一部負担金額(本人負担額) (E)	円
入院開始年月日(注2)	年 月 日・継続		訪問日数	日
本月の入院継続日数又は通院日数	日	日		

証明年月日 年 月 日

医療機関コード

医療機関・
訪問看護事業所等の所在地

名称及び設者名

㊞

(注1) 一部負担金額欄には、食事療養費及び生活療養費の標準負担額は、含まれません。

(注2) 入院開始年月日欄には、入院開始月については入院年月日を記入し、前月から引き続き入院している場合には、継続に〇印をつけてください。

市事務処理欄

区 分	本人負担額	高額医療費	附加給付額	対象一部負担金額	控除額	支給決定額	重心・ひとり親家庭等の重複の有無	備 考
入 院							有 ・ 無	
入院外							有 ・ 無	
計								
受付年月日	年 月 日			決 裁				
決裁年月日	年 月 日							
支給年月日	年 月 日							

※この申請書による申請を行う場合は、月ごとに申請書を提出してください。