様式第７号（第１７条関係）

記入見本

ひとり親家庭等医療費支給申請書

市役所提出日を記入してください。

請求日　４　令和　〇〇年　〇〇月　〇〇日

熊谷市長　宛

連絡をとることのできる連絡先を記入してください。

申請者　住　所　熊谷市　宮町２－４７－１
氏　名　熊谷　花子
電話番号　０４８―０００―０００

熊谷

申請者記入欄

受給者

償還方式　1

受給者証番号　7 6 5 3 2 1

フリガナ　クマガヤ　タロウ

氏名　熊谷　太郎

生年月日　3 昭和　④ 平成　5 令和　21年11月11日

受給者証の最上部の番号を記入してください。

医療機関に受診した方を記入してください。

加入医療保険

保険者番号　００１１００２３

世帯主・被保険者組合員・加入者の氏名　熊谷　花子

記号番号　１２３４５６７

保険者名称　健康保険組合・国民健康保険全国健康保険協会・共済組合・国保組合

私が申請する医療費は、指定した金融機関の口座に振り込むよう依頼します。

医療機関等記入欄

領収書

診療年月		入院	外来	診療実日数
年	月			
4 平成 5 令和		1	2	日

県コード	医療機関コード

総合病院のみ

診療科目	
1	内科
2	外科
3	小児科
4	整形外科
5	泌尿器科
6	歯科
7	眼科
8	耳鼻科
9	産婦人科
10	その他

保険診療総点数		点・円
他法負担分点数		点
保険診療一部負担金		円

（注）入院時食事療養標準

（注）入院の場合は、以

入院時食事療養　食

医療機関の証明欄

（申請者本人が記入する必要はありません）

令和　年　月　日

様

医療機関等
所在地
名称
電話番号
氏名　㊞

（注）１　機械で処理を行いますので、数字項目は必ず右詰めで記入をお願いします。
２　保険診療総点数の欄について点数で記入できない場合は、金額で記入してください。
（この場合は、必ず「円」に〇を付してください。）
３　他法負担分点数の欄は、公費負担で支払われる額を点数で記入してください。
４　総合病院の場合は、必ず診療科目の欄の番号に〇を付してください。

※　以下の欄は、記入しないでください。

処理欄	診療区分	療養区分	証明区分	公費区分	計算区分	処理No.
	1医科 2歯科 3調剤 4柔整 5その他	11装具 12看護 13その他	1証明 2レシート	20精神 30更生 40育成 50養育 60療育 70特定 99その他	1 1割 2 2割 3 3割 4強制	
	保険診療一部負担金（　円）－（　円＋　円）＋（　円）＝　円	高額療養費	付加給付金	入院時食事療養標準負担額	支給額	
	支払　令和　年　月　日			通知　令和　年　月　日		