様式第７号（第１７条関係）

ひとり親家庭等医療費支給申請書

親

受付印

熊谷市長　宛

請求日	５ 令和	年	月	日

申請者記入欄

申請者　住　所　熊谷市
　　氏　名　　㊞
　　電話番号　　―　　―

償還方式	1

受給者

受給者証番号		加入医療保険	保険者番号	
フリガナ			世帯主・被保険者組合員・加入者の氏名	
氏名			記号	番号
生年月日	3 昭和 4 平成 5 令和　年　月　日		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負担額は含みません。

（注）入院の場合は、以下の事項も必ず証明してください。

入院時食事療養標準負担額	円	算定食数	食

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○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○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）－高額療養費（　　円＋　　円）＋付加給付金（　　円）＋入院時食事療養標準負担額（　　円）＝支給額　　円

支払	令和　年　月　日	通知	令和　年　月　日