

ひとり親家庭等医療費支給申請書

親

熊谷市長 宛

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

受給者証の最上部の番号を記入してください。

連絡をとることのできる連絡先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。

住所 熊谷市 宮町2-47-1

氏名 熊谷 花子

電話番号 048-0000-0000

熊谷

申請者記入欄

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 2 1 1 1 1 1 1 1

加入医療保険

保険者番号 0 0 1 1 0 0 2 3

世帯主・被保険者 熊谷 花子

組合員・加入者の氏名

記号番号 1 2 3 4 5 6 7

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

保険者名称

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。

領収書

Table with columns for medical treatment details: 診療年月, 入院, 外来, 診療実日数.

Table with columns for insurance details: 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

Table for insurance points: 保険診療総点数, 他法負担分点数, 保険診療一部負担金.

(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

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

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。
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。

Table for processing details: 処 療 区 分, 療 養 区 分, 証 明 区 分, 公 費 区 分, 計 算 区 分, 処 理 No.