様式第5号(第4条関係)

ひとり親家庭等医療費助成金申請書

令和　年　　月　　日

　氷川町長　　　　様

申請者　住所

氏名

　　　　　　年　　月分医療費の給付を受けたく申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者が記入する欄 | 申請額 | | 円 | 加入医療保険 | 被保険者氏名 |  |
| 受給資格証記号番号 | |  | 保険証記号番号 |  |
| 医療保険名 |  |
| 受診者 | 氏名 |  | 同一世帯員で当該月に医療を受けた者の氏名 | |  |
| 生年月日 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療機関等で記入する欄 | 診療(調剤)報酬証明　　　＊入院時食事療養費を除く。 | | |
| 診療月　　　　　　年　　月分　　　　患者氏名 | | |
| 診療実日数 | 左の内入院日数 | 左記の金額を受領しました。  　　　　年　　月　　日  医療機関  　所在地  　名称  　氏名 |
| 日 | 日 |
| 総診療点数 | 点 |
| 診療報酬一部負担金受領額  (入院時食事療養費に係る定額負担金を除く。)  円 | |
| 診療実日数 | 日 | 左記の金額を受領しました。  　　　　年　　月　　日  調剤薬局  　所在地  　名称  　氏名 |
| 総診療点数 | 点 |
| 調剤報酬一部負担金受領額  円 | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 市町村記入欄 | 給付決定額 | | | |
| 一部負担額　A | 高額療養費　B | 附加給付額　C | 給付額(A－B－C)×2／3 |
| 円 | 円 | 円 | 円 |
| 円 | 円 | 円 | 円 |

　※　申請書提出の際は必ず受給資格証をご持参ください。