

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。)		
	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		

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。