

申請者記入欄	<div style="display: inline-block; border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px; margin-right: 10px;">親</div> ひとり親家庭等医療費支給申請書 年 月 日 (あて先) 日高市長		
	住所 日高市		
	申請者 氏名		
	電話番号		
下記のとおり医療費の支給を申請します。 この申請に当たり、申請者の課税状況につき、税務関係所管に報告を求めることに同意します。			
受給者	受給者号	加入医療保険	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		年 月 日

添付領収書のりしる等記入欄	受診者氏名	診療年月	年	月	
	区分	外来	入院		
	診療(入院)実日数		日		日
	保険診療総点数		点		点
	他法負担分点数		点		点
	保険診療一部負担金 (外来薬剤一部負担金および入院時食事療養標準負担額を除く。)		円		円
※ 数字は右づめで、金額の頭には必ず¥を記入してください。					
上記のとおり診療し、自己負担額を領収しました。 年 月 日					
処方元医療機関名 (院外薬局の場合のみ記入)		医療機関等 所在地 名称 氏名 電話番号	印		

- (注) 1 1レセプトごとに記入してください。
 2 他法負担分点数は、公費負担で支払われる額を点数で記入してください。ただし、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、必ず円と記入してください。)

処理欄	保険診療一部負担金	高額療養費	附加給付	条例第6条自己負担金 外来 1,000円 入院 1,200円× 日 = 円	支給額
	円	円	円	円	円