

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	受給者証 記号番号		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		名称	

添付領収書のりしろ	医療機関等記入欄	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								
				医療機関等 所在地 名称 氏名 電話番号	印			
処方元医療機関名 (院外薬局の場合のみ記入)								

- (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	支給額
	円	円	円	外来 1,000円 入院 1,200円× 日 = 円	円