

ひとり親家庭等医療費助成金請求書

申請者記入欄 (太枠の枠を記入して下さい。)											
年 月 日											
富士河口湖町長 殿											
申請者 住所 富士河口湖町											
氏名 印											
電話番号											
下記のとおり医療費の助成を申請します。											
診療月		年 月				助成申請額		円			
受診者	対象者番号								—		
	氏名					生年月日		. .			
助成申請額に対する他の制度による給付		無 有		内容		1 高額療養費 2 附加給付 3 他の医療費助成制度 3 交通事故等第三者行為による給付 4 その他()					

《注意》 1 国民健康保険以外の保険に加入している方は、高額療養費に該当したときは、当該支給決定通知書又は領収書を添付して下さい。
2 加入医療保険・振込先金融機関に変更がある方は届出をして下さい。
3 記名押印に代えて署名することができます。

医療機関証明欄											
(医療機関が発行する領収書(以下の内容が確認できるものに限ります。)を添付するか、枠内を受診した医療機関に記入してもらって下さい。)											
受診者氏名				診療年月				年 月			
一部負担金 領収額		円(他法本人負担金				円含む)					
区分	1医科 2歯科 3薬剤 4その他()				入院時 食事 療養費	入院 日数		標準		円	
	1入院 2入院外					= 総額		円			
保険診療 総点数		点				他法負担 点数		点			
上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 医療機関等 住所地 名称 代表者 印											

《注意》 1 点数で記入できない場合は、金額で記入して下さい。(この場合は、必ず円と記入して下さい)
2 番号をつけてある欄は、該当の番号を○で囲んでください。

市(町村) 記入欄							
療養に要した費用額		円…(A)		高額療養費		円…(D)	
法定一部負担額 (A)×負担割合		円…(B)		付加給付額		円…(E)	
他法負担分		円…(C)		入院食事負担額		円…(F)	
支給 不支給 →(理由 1重複請求 2有効期間外)				助成額 (B)-{(C)+(D)+(E)}+(F)		円	