

ひとり親家庭医療費助成金請求書

請求者記入欄 (太枠の枠を記入して下さい。)

令和 年 月 日
(宛先) 南アルプス市長
請求者 住所 氏名 Ⓜ 電話番号
次のとおり医療費の助成を請求します。

診 療 月	年	月	助 成 請 求 額	円
受 診 者 氏 名			受 診 者 生 年 月 日	年 月 日
助成請求額に対する 他の制度による給付	有・無	内容	1 高額療養費 2 附加給付 3 他の医療費助成制度 4 交通事故等第三者行為による給付 5 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支給額が明記された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。

診療報酬請求証明書(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
	1入院 2入院外	入院 日数 標準 日 × 負担額 円 = 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。

年 月 日

医療機関等 住所地
名 称
代表者 Ⓜ

- 《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 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)	附加給付額	円…(E)
他法負担分	円…(C)	入院時食事療養費	円…(F)
支給 → 年 月支給(振込)	助成額 (B)-{(C)+(D)+(E)}+(F)		円
不支給 → 1、重複請求 2、有効期間外 3、資格なし 4、他()			