様式第６号（第１７条関係）

受　付　印

※処理欄				
保険診療一部負担金等の額	高額療養費	附加給付額	条例第６条一部負担金	
円	円	円	円	
入院時食事療養標準負担額	市町村民税非課税	（入院4か月以降）		支給額合計
円×　　食＝　　円	円×　　食＝　　円	円×　　食＝　　円		円
市町村民税の状況	入院日数			
課　税　・　非　課　税	日			

申請者記入欄

親

ひとり親家庭医療費支給申請書

年　　月　　日

羽　生　市　長　　様

住　所　　羽生市

氏　名

電　話　　―　　―

下記のとおり医療費を申請します。

診察を受けた者			加入医療保険		
受給資格証記号番号			被保険者氏名（世帯主・組合員・加入者）		
フリガナ			記号・番号	―	
氏　名			名　称		
生年月日	年　　月　　日		保険者番号		

注）上部申請書欄は、申請者が記入してください。

医療機関記入欄

入院　　日	外来　　日

領　収　書

¥ ＿＿＿＿＿＿＿＿　　※保険診療対象外の費用は含まない

ただし、＿＿＿ 年 ＿＿＿月分保険診療一部負担金（他法本人負担金　　円含む）

保険診療総点数	点	他法負担分点数	点

―　入院時食事療養標準負担額は含まない　―

入院時食事療養標準負担額

¥ ＿＿＿＿＿＿＿＿　　（算定食数 ＿＿＿ 食）

年　　月　　日

様　　医療機関等所在地

名　　称

氏　　名　　㊞

注）　上部領収書欄は、医療機関等で記入してください。