

親ひとり親家庭等医療費支

記入例

〇〇年〇〇月〇〇日

吉見町長 様

住所 吉見町大字下細谷411  
 氏名 吉見 花子  
 (電話 54 - 1511)

下記のとおり医療費を申請します。

受給者	受給者証 記号番号	〇 〇 〇	加入 医療 保険	世帯主・被保険者・組 合員・加入者の氏名	吉見花子
	ふりがな 氏名	よし み はな こ 吉見花子		市町村民税の状況	課税・非課税
区分	入院	年 月 日から入院日数 日	記号・番 号	1 2 3 4 - 5 6 7 8 9 0	名 称 吉見町健康保険 話 0493(54)1511
	外来	年 月分 外来日数 日			

注) 1 上部申請書欄は、申請者が記入してください。

加入している保険組合の名称  
勤務先の名称ではありません

入院 日

領 収 書

この欄は、医療機関で証明してもらるか、領収書を添付してください。添付する領収書はのり付けしないでください。

**診療月・医療機関(薬局は別)・入院及び通院の別にそれぞれ1枚の支給申請書が必要です。なお、支給申請書は受診の翌月以降に提出してください。**

領収書は、名前や保険適用分などの確認できるものにしてください。

高額療養費や付加給付の対象となる場合は、各保険組合からの支払証明の写しが必要になります。

処 理 欄	受付 年 月 日	通知 年 月 日	支払 年 月 日
	保険診療一部負担金	高額療養費	附加給付
	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90日超)
円× 日 = 円	円× 日 = 円	円× 日 = 円	円