様式第７号（第8条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | 受付年月日 | | 年　　月　　日 | |
| ひとり親家庭等医療費助成申請書（請求書）  　あわら市長　様  年　　　月　　　日  　住所  受給者　(居所)あわら市  （保護者）  　氏名  　次のとおり領収証明書を添えて申請します。 | | | | | | | | | | | | | |
| 受診者 | 医療証番号 |  |  |  |  |  |  |  | 医療保険 | | 名称 | |  |
| 氏名 |  | | | | | | |
| 記号・番号 | |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日生 | | | | | | |

※太枠の中のみ記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 領収証明書  　　（　　　　年　　月分）（　　　科） | | | | | | | | |
| 入院・外来区分 | １入院　２外来 | | | 診療実日数 | | 日 | | 年　　月　　日 |
| 保険診療総点数 |  | | | | | | 点 |
| 保険診療一部負担金 |  | | | | | | 円 |
| 自己負担割合 | １割・２割・３割 | | | | | | |
| 入院時食事療養費  一部負担金 |  | | 日 | |  | | 円 |
| （受診者）  様 | | 住所  医療機関　名称  氏名　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | |

(注)①　上部申請書欄は、申請者が記入してください。

　　②　点数及び金額は、保険診療の対象分のみ記入してください。

　　③　診療月から１年以内に提出してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 診療月 | | | | | | 医療機関番号 | | 府県 | | 表 | | 地区 | | 番号 | | | | | | 科目 | | | 入外 |  | | |
|  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |
| Ａ  総医療費 | | | | | Ｂ  本人負担 | | Ｃ  附加給付 | | | | Ｄ  高額医療 | | | | | Ｅ  他負担 | | | | | Ｆ  助成額 | | | | Ｇ  食事療養費 | Ｈ  総支給額 |
|  | | | | |  | |  | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | |  |  |