

					番号												
職 員 記 入 欄	1 県 内	2 県 外			受 付												
	1 医 科	2 歯 科	3 調 剤	4 そ の 他													
	1 証 明 書	2 レシート					5 養育医療										
	1 母	2 父	3 養 育 者	4 児 童													
	点 数	保 険 診 療 一 部 負 担 金	高 額 療 養 費	附 加 給 付 金	自己負担金	助 成 金											
	点	円	円	円	円	円											

申請者

住所
氏 名
電話番号 ()

春日部市長 あて

令和 年 月 日

下記のとおりに申請します。

申 請 者 記 入 欄	対 象 者	受 給 者 番 号							加 入 健 康 保 険	被 保 険 者 名							
		ふりがな								記 号			番 号				
		氏 名								名 称							
		生年月日	年 月 日							保 険 者 番 号							
		診療月	平成・令和 年 月														

学校等での授業・行事・部活動、又は交通事故によるけがや疾病の医療費ですか。												はい・いいえ			
申請額が 21,000 円 以 上 の 場 合				この申請分と同じ月に、1 か所の医療機関等に保険診療分の 医療費を 21,000 円以上支払った家族がいますか。								はい・いいえ			
同 意 書 当該助成額の算定に当たり必要がある場合は、税情報の公簿等の確認及び医療機 関、保険者等への問い合わせを行うことに同意します。 同意者氏名(自署又は記名押印)														市民税 課税・非課税 印	

※医療機関等の領収書等は、裏面にお貼りください。

医 療 機 関 等 記 入 欄	領 収 書										1 入 院 日	2 外 来	
	¥												
	ただし、平成 年 月分 保険診療一部負担金（他法本人負担金 円含む。） 令和 —入院時の食事療養費に係る標準負担額を含まない。—												
	保険診療総点数		点		他法負担分点数		点						
	令和 年 月 日												
	医療機関等				所在地（住所） 名 称 氏 名				受給者 様 印				
医療機関コード													

(注) 1 「他法負担分点数」欄は、公費負担で支払われる額を点数で記入してください。
2 「領収書」欄は、健康保険の対象とならない費用は含めず記入してください。

職 員 記 入 欄	1 県 内	2 県 外			番 号	
	1 医 科	2 歯 科	3 調 剤	4 そ の 他	受 付	
	1 証 明 書	2 レシート		5 養育医療		
	1 母	2 父	3 養 育 者	4 児 童		
	点 数	保 険 診 療 一 部 負 担 金	高 額 療 養 費	附 加 給 付 金		
		点	円	円	円	円

①ひとり親家庭等医療費申請書

令和 元年 6 月 4 日

春日部市長 あて

申請者

診療を受けられた方の情報を記入してください。

下記のとおり用

住 所 春日部市中央六丁目 2 番地

氏 名 春日部 太郎

電話番号 7 3 6 - 1 1 1 1

申 請 者 記 入 欄	受 給 者 番 号	×	×	×	×	×	×	×	加 入 健 康 保 険	被 保 険 者 記 号	名	春日部 太郎																			
	ふりがな	かすかべ たろう								記 号	2 3	番 号	4 5 6																		
	氏 名	春日部 太郎								名 称	〇〇健康保険組合																				
	生年月日	昭和 4 5 年 4 月 1 日								保 険 証 を 参 照 す る な ど し て 記 入 し て く だ さ い	号	1	2	3	4	5	6	7	8												
	診療月	平成・令和元年 6 月分									号	1	2	3	4	5	6	7	8												
	学校等での授業・行事・部活動、又は交通事故によるけがや疾病の医療費ですか。												はい・いいえ																		
申請額が 2 1 , 0 0 0 円 以 上 の 場 合												この申請分と同じ月に、1 か所の医療機関等に保険診療分の医療費を 2 1 , 0 0 0 円以上支払った家族がいますか。												はい・いいえ							
同 意 書																				市民税 課税・非課税											
当該助成額の算定に当たり必要がある場合は、税情報の公簿等の確認及び医療機関、保険者等への問い合わせを行うことに同意します。																															
同意者氏名(自署又は記名押印)																				春日部 太郎 印											

※医療機関等の領収書等は、裏面にお貼りください。

医 療 機 関 等 記 入 欄	領 収 書										1 入 院 日	2 外 来
	¥											
	ただし、平成 年 月分 保険診療一部負担金（他法本人負担金 円含む。）											
	—入院時の食事療養費に係る標準負担額を含まない。—											
	保険診療総点数		点		他法負担分点数		点					
	令和 年 月 日											
医療機関等 所在地（住所）												
名 称												
氏 名												
受給者 様												
印												
医療機関コード												

(注) 1 「他法負担分点数」欄は、公費負担で支払われる額を点数で記入してください。
2 「領収書」欄は、健康保険の対象とならない費用は含めず記入してください。