親

第6号様式（第17条関係）

処理区分	①

受付	審査	受付年月日

親

ひとり親家庭等医療費申請書（償還払）

令和　　年　　月　　日

（宛先）上尾市長

▼この枠内は**受給者が**ご記入ください。※健康保険証・振込口座などの登録内容が変わった時はお早めに届出をしてください。

受給者（保護者）		
住所	上尾市	
電話	（　　）	
氏名		

対象者	
受給資格証の記号番号	
フリガナ	
氏名	
生年月日	3.昭和 4.平成 5.令和　年　月　日
診療年月	4.平成 5.令和　年　月　診療分

※今回の申請金額が21,000円以上の方へ

この申請の他、同じ月に、同じ健康保険証を使って、１か所の病院で、医療費を21,000円以上支払った家族（本人含む）はいますか？

はい　⇒　以下の①②を記入

いいえ　⇒　①に「なし」と記入

①氏名　　**②病院名**

加入医療保険	記号	番号
保険証の記号番号		
フリガナ		
被保険者、世帯主等氏名		
保険者番号（右寄せに記入）		
保険組合の名称	※（○で囲む）協会けんぽ・健保・共済・国保・国組　支部　電話（　　）	

※市処理欄のため記入不要	個人番号

※協会けんぽ＝全国健康保険協会、健保＝健康保険組合、共済＝共済組合、国保＝国民健康保険、国組＝国民健康保険組合

▼この枠内は医療機関が月別、入院・外来別に１枚ご記入ください。※総合病院は各診療科を合算してご記入ください。

医療機関記入欄

≪領収書≫ **※保険外のものは記入の対象ではありません。**

令和　　年　　月　　日

診療年月	4.平成 5.令和	年	月
入院・外来日数	入院	外来	

（患者氏名）　　様

※精32等　他の公費負担（あり・なし）

（医療機関）※手書きのときは朱印を押印してください。

所在地

名称

電話番号

県NO.	医療機関コード（７ケタ）	区分

市処理欄	追加区分	証明区分

保険診療総点数	点

←柔道整復等の場合は保険適用総額（10割）の金額を記入

請求する保険診療一部負担金（現物給付分80,100円まで）	0 円
領収した保険診療一部負担金	円

←2割・3割等の保険診療一部負担金のうち、窓口で領収した金額を記入
入院時食事療養費は含まない

入院時食事・生活療養標準負担額（合計）	円
食事回数（ただし、平成18年3月までは食事日数）	食
居住日数	日

↑平成26年1月診療分から標準負担額の1／2が助成対象となりますが、この欄には**全額を記入**してください。

≪市処理欄≫

税	多	高額療養費	附加給付金	附加コード	食	日数	継

過払

《医療機関へ支払いをしたとき用》

※領収書はホチキスで左上・後方に日付順に添付してください。

H31.4 改訂版