

記入例

部分のみご記入ください。

償還払い用の申請書です。(窓口で医療費の支払があったとき)

ひとり親家庭等医療費支給申請書 (償還払)

平成〇〇年〇〇月〇〇日

桶川市長

住所 桶川市泉1-3-28  
氏名 紅花太郎  
電話 786-3211

受給資格証の受給者番号

次のとおり医療費を申請します。

必ずご記入ください

受給者	受給者番号	8901234	加入医療保険	世帯主・被保険者・組合員・加入者の氏名	紅花太郎
	ふりがな	べにばな さきこ		市区町村民税の状況	課税・非課税
	氏名	紅花 咲子		記号番号	桶06 1234
	生年月日	昭和58年 4月 1日		名称	桶川市 又は〇〇健康保険組合

(注) 上部申請書欄は、申請者が記入してください。

※領収書を添付の際は、この位置にホチキスでとめてください。(受診された方の氏名や右の内容が記載されているものに限ります。)

領収書

入院	日	外来	日
総合病院の場合		科	

保険診療 点

※注意

レシートのように、受診者の氏名、診療点数などの記載がないものは、添付できませんので、医療機関に直接、申請書の領収書欄に書いてもらってください。

(例)

✕ (レシート)

領収書
〇〇病院
2013-
12-30
02 ★50非
01 ★1000非
1050 小計
1050 計
1050 現

○ (氏名、診療点数が記入されている)

請求書兼領収書				
患者NO.	氏名 〇〇〇〇様			
保険者NO.	平成〇〇年〇月〇〇日			
初・再診料 点	医学管理等 点	投薬料 点	注射 点	処置 点
120		160		220
手術 点	麻酔 点	検査 点	その他 点	
保険点数合計 点	負担率 割	負担金 円	領収印	
500	3	1,500	印	
請求金額 円	今回未収金 円	領収金額 円		
1,500		1,500		

上記のとおり請求いたします。

〇〇病院

課税区分	保険診療一部負担金	高額療養費	附加給付金
	円	円	円

支給金 円