

ひとり親家庭等医療費支給申請書（償還払）

年 月 日

桶川市長

住所
氏名
電話

次のとおり医療費を申請します。

受給者	受給者番号		加入医療保険	世帯主・被保険者・ 組合員・加入者の氏名	
	ふりがな			市区町村民税の状況	課税・非課税
	氏名			記号番号	
	生年月日	年 月 日		名称	

(注) 上部申請書欄は、申請者が記入してください。

領 収 書

入院	日	外来	日
総合病院の場合		科	

保険診療総点数	点
---------	---

他法負担点数	点
--------	---

ただし、年 月分保険診療総点数

保険診療分領収金額	円
-----------	---

入院時食事療養標準負担額は含まない。

年 月 日

医療機関等

所在地（住所）

様

名称

氏名

電話番号

印

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

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)

※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。)