



ひとり親家庭等医療費 請求書

頁中の  
年 月 日

(宛先) 狭 山 市 長

保険医療機関等 { 所在地  
名称  
氏名  
電話



\_\_\_\_年\_\_\_\_月分のひとり親家庭等医療費を下記のとおり請求いたします。

登録コード

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

No.	受給者番号								対象者		加入医療保険	外来 日数	保険診療総医療費(10割) (他の公費による負担 の種類及び金額)	保険診療 一部負担金
									氏名(カタカナ)	生年月日				
1											( 国保・国組・健保・共済 ) 支部	日	(                    ) 円	円
											診療内容			
2											( 国保・国組・健保・共済 ) 支部	日	(                    ) 円	円
											診療内容			
3											( 国保・国組・健保・共済 ) 支部	日	(                    ) 円	円
											診療内容			
4											( 国保・国組・健保・共済 ) 支部	日	(                    ) 円	円
											診療内容			
5											( 国保・国組・健保・共済 ) 支部	日	(                    ) 円	円
											診療内容			

注1 加入医療保険欄は、使用した医療保険に○を付け、市国保以外の場合は、保険者の名称を( )内に記入してください。  
 注2 総医療費のうち他の公費負担がある場合には、保険診療総医療費欄の( )内にその種類及び金額を記入してください。  
 注3 診療内容欄は、主な診療内容(部位など)を記入してください。

小計金額	円
合計金額	円

※合計金額は月の最終項のみ記入