

様式第6号（第17条関係）

申請者記入欄	① ひとり親家庭等医療費支給申請書 年 月 日 (宛先) 狭山市長 申請者 住 所 氏 名 下記のとおり医療費の支給を申請します。 電 話 ()						
	受給者	受給者証番号		個人番号		世帯主・被保険者・組合員・加入者の氏名	
区 分	氏 名				加入医療保険	住民税の状況	課税 ・ 非課税
	生年月日	年 月 日				記号・番号	
	入 院	入院日数	年 月 日から 日			保険者名称	
	外 来	年 月分外来日数		日		保険者番号	

- 注1 申請者記入欄は、申請者が記入してください。
 注2 住民税の状況欄には、加入医療保険の世帯主・被保険者・組合員・加入者の課税状況を記入してください。

医療機関記入欄	証 明 書				入院	日
					外来	日
	¥ ただし、年 月分保険診療一部負担金（他法本人負担金 円を含む。） — 食事療養標準負担額は含まない。—					
	保険診療総点数 (総医療費)	点 (円)		他法負担分点数	点	
				医療機関コード		
年 月 日 様 (診療を受けた人)						
医療機関等所在地（住所） 名称 氏名						
②						

- 注1 医療機関記入欄は、医療機関等で記入してください。
 注2 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。
 注3 点数で記入できない場合は、保険診療点数の欄に保険に請求する10割分の全額（総医療費）を記入してください。

処理欄	受付	年 月 日	通知	年 月 日	支払	年 月 日
	保険診療一部負担金	高額療養費	付 加 給 付	条例第6条一部負担金	支給額合計	
	円	円	円	円	円	円