

様式第8号(第17条関係)

医療機関コード										受付	年	月	日
処	一部負担金等の額	外来薬剤一部負担金	高額療養費	附加給付額	条例第6条一部負担金	加入保険							
	円	円	円	円	円	円							
理						支給決定額	領収書枚数						
						円							

保育所、学校等で発生したケガ等の治療に関する領収書は含まれておりません。

①ひとり親家庭等医療費支給申請書

令和 年 月 日

秩父市長様

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・被保険者組合員の氏名	
	ふりがな氏名			市町村民税の状況	課税・非課税
区分	入院	年 月 日から入院日数 日		記号番号	
	外来	年 月分 外来日数 日		名称	電話 ( )

領 収 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 \_\_\_\_\_円含む)

—入院時食事療養標準負担額は含まない—

保険診療総点数	_____点	他法負担分点数	_____点
---------	--------	---------	--------

令和 年 月 日 医療機関等所在地(住所)

名 称

様

氏 名

- 注) 1 上部申請書欄は、申請者が記入してください。  
 2 下部領収書欄は、医療機関等で記入してください。  
 3 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。

担当者 チェック欄	
--------------	--