

第6号様式（第9条）

ひとり親家庭等医療費等給付申請書

年 月 日

(あて先) 印西市長

申請者 住 所  
氏 名  
電 話

下記のとおり医療費等の給付を申請します。

受診者氏名	生年月日	住所(申請者と別居の場合のみ記入)	申請者との続柄
	年 月 日		
証明書件数	件	領収書枚数	枚
加入医療保険者名		第三者行為の有無	1 有 2 無
日本スポーツ振興センターの 災害共済給付制度の該当可否		1 該当する	2 該当しない
同一月内の同一医療機関における21,000円以上 (保険診療分)の医療費の支払いの有無		1 有	2 無 有の場合は下段の承諾書に記入及び押印をお願いいたします。

- (注) 1. 領収書の添付がない方は、以下の診療・調剤報酬証明書の証明を受けてください。  
2. 診療・調剤報酬証明書を複数添付することができます。

診療・調剤報酬証明書					
受診者氏名				診療・調剤月	年 月
種 別	入院	通院	調剤	延べ日数	日
処方箋発行元保険医療機関					
保険総点数	点	食事療養標準負担額	円	生活療養標準負担額	円
一部負担額	円	公費負担額	円	証明手数料	円
保険医療機関又は、 保険薬局の 名称・氏名・所在地	上記のとおり証明します。 年 月 日 所在地 名 称 氏 名				

～保険医療機関・保険薬局の方へ～

受給資格者からこの申請書により診療を求められたときは、窓口で負担金を徴収し、「診療・調剤報酬証明書」に証明をしてください。

高額療養費等に係る承諾書	
私は、印西市ひとり親家庭等医療費等の助成における助成金の算定に必要な高額療養費及び付加給付費の内容について、市が私の加入する保険者に照会することを承諾します。	
年 月 日	被保険者(組合員)氏名 _____ 印