第６号様式（第１７条関係）

㊒　ひとり親家庭等医療費支給申請書（償還用）

越谷市長　宛　　年　　月　　日

申請者　住 所
氏 名（自署）
電 話　　（　　）

以下のとおり医療費の支給を申請します。なお、当該支給額の算定に当たり必要がある場合は、越谷市が住民基本台帳及び課税台帳等の公簿により確認すること並びに保険者又は医療機関等に、保険加入状況、診療報酬及び療養費等の給付又は請求の状況を確認調査することに同意します

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	
				記号	
	フリガナ			番号	
	氏名			保険者名称 （組合名称等）	1 国民健康保険 2 国民健康保険組合 3 全国健康保険協会 4 共済組合　5 船員保険 6 健康保険組合 7 日本私立学校振興・共済事業団 （ある場合）本部・（　　）支部
	生年月日	大 昭 平　年　月　日		保険者番号	

交通事故による怪我や疾病又は学校行事や部活動での怪我や疾病に係る医療費ですか。	はい　・　いいえ
申請額が21,000円以上の場合　この申請分と同月に、１ヶ所の医療機関等に保険診療分の医療費を21,000円以上支払った家族がいますか。	はい　・　いいえ

領　収　書

入院			日	外来			日

保険診療一部負担金	円

ただし、　　年　　月分保険診療一部負担金（入院時食事療養標準負担額を含まない額）

保険診療総点数	点	他法負担分点数	点

年　月　日

様

	県コード	医療機関コード

医療機関等所在地（住所）
名 称
氏 名　　印

備考
1　上部申請書欄は、申請者が記入し、医療機関等別及び入院・外来別に提出してください。
2　下部領収書欄は、医療機関等で記入してください。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。
3　申請は支払の翌月から可能です。時効は支払日の翌日から５年です。
4　市へ申請するときは、受給者証及び加入する健康保険を証する書類等を持参してください。
5　医療費の全額を負担した際は、保険者が発行した支給決定通知の原本を添付してください。
6　補装具や弱視用の眼鏡については、医療機関等が発行した診断書等の原本又は写し、保険者が発行した支給決定通知の原本を添付してください。
7　医療費が高額の場合、保険者からの支給内容を確認してからひとり親家庭等医療費の支給額を決定しますので、支給までに日数を要します。また、保険者によっては、追加で書類のご提出をお願いする場合があります。

県外	診療	定額	確認