

ひとり親家庭医療費助成金請求書

請求額 金 _____ 円也

ただし、 年 月分ひとり親家庭医療費の助成を受けたく、助成金の額を証する書面を添えて請求します。

令和 年 月 日

(あて先) 山 梨 市 長

患 者 氏 名

請求者 住所 山梨市

患者の 受給者番号						氏名	(印)
助成申請額に対する 他の制度による給付	無・有	内容	1 高額療養費 2 付加給付 3 他の医療助成制度 4 交通事故等第三者行為による給付 5 その他				

医療保険各法による診療報酬請求額証明書

患者氏名	様	種 別	国保(一般)・国保(退職)・健保・船員・共済				
診療費	年 月分		本人	家族	一部負担割合 (割)		
			入院	入院外〔歯科・その他 ()〕			

① 診療報酬総点数	点
② 他法公費負担点数(種別)	点
③ 外来の際の薬剤に係る一部負担額	円
④ 当月分の保険診療に係る本人負担額 (③も含めた総負担額を記入してください。)	円

◎ 入院時食事療養費における自己負担分

一 般	(総額 円) (標準負担額 円) × 日 = 円
市民税非課税世帯 (入院3か月までの者)	(総額 円) (標準負担額 円) × 日 = 円
市民税非課税世帯 (入院4か月目以降の者)	(総額 円) (標準負担額 円) × 日 = 円

上記のとおり相違ありません。

保険医療機関 所在地

年 月 日

名 称

(印)

(注) 請求は、診療を受けた日の属する月の翌月の
初日から2年以内に行ってください。

助 成 金
決 定 額