別記第５号様式（第１１条関係）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ひとり親家庭等医療費等給付申請書  年　　月　　日  　南房総市長　宛  申請者住所  氏名　　　　　　　　　　　　　印  電話  　次のとおり医療費等の給付を申請します。 | | | | | |
| 受診者  の氏名 |  | | | 申請者との続柄 |  |
| 住所 |  | | | 生年月日 |  |
| 加入医療保険 | 名称 |  | | 記号番号 |  |
| 本人・家族の別 | | □　本人　　　□　家族 | | |

　保険医療機関証明欄

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 診療・調剤報酬証明書(入院・通院・調剤)※該当に○印を付けてください。 | | | | | | | | | |
| 診療・調剤月 | 年 　　月分 | | | 公費負担額 | | 有　(　　　　 　 円) ・ 無 | | | |
| 保険医療費・調剤費総額 | 入院　 　　　　円 | | | 外来　　　　　　　円 | | | | 調剤　　 　　　　円 | |
| 通院延日数及び診療日毎の一部負担金額 | 日 | 日　　　 円 | | | 日　　　　円 | | | | 日　　　　円 |
| 日　　　　円 | | | 日　　　　円 | | | | 日　　　　円 |
| 入院期間 | 日～　　　日 | | 入院時食事療養費の標準負担額 | | | | 円  (　　　　　円×　　　回) | | |
| 証明手数料 | 円 | |  | | | | | | |
| 保険医療機関の名称・氏名・所在地 | 上記のとおり証明します。  (取扱者責任者　　　　　　　　　　　　　　　　印) | | | | | | | | |

　振込口座

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | 支店名 | 本店・支店 |
| 預金種別 |  | フリガナ |  |
| 口座番号 |  | 口座名義 |  |

　注意：領収書を添付してください。ただし、領収書で保険診療分の金額が確認できない場合は、保険医療機関（病院、診療所、薬局等）の証明を受けてください。

：金融機関の口座番号等の分かる写しを添付してください。

　　　：高額療養費等に該当する場合は、当該支給決定書を添付してください。

　市窓口記入欄

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 一部負担金額 A | | 付加給付額B | | 自己負担額C | 証明手数料D | 助成金額 E  A－(B＋C)＋D |
| 医　　円  食　　円 | 計　　円 | 有  無 | 円 | 円 | 円 | 円 |