

様式第5号(第8条関係)

受付日	受給者番号	医療機関コード	保険種別	被保区分	
			国協組共	本被	
支給内容	点数	一部負担金(1)	付加給付額(2)	高額療養費(3)	差引償還額
		①+②+③			(1)-(2)-(3)
	保険診療一部負担金	薬剤分一部負担金	回数	食事療養費	食事療養費標準負担額
①	②			③	

ひとり親家庭等医療費助成申請書(請求書)

申請者記入欄	<table border="1"> <tr> <td>金額</td> <td>円</td> </tr> </table>	金額	円
	金額	円	
<p>敦賀市ひとり親家庭等医療費の助成に関する条例により、下記のとおり領収書を添えて請求します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>敦賀市長 殿</p> <p style="text-align: right;">受給者番号 02</p> <p style="text-align: center;">受給者 住所 氏名</p> <p style="text-align: center;">(TEL - -)</p>			

領収書

医療機関記入欄	<table border="1"> <tr> <td>金額</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>①+②+③+④</td> <td></td> </tr> </table>	金額	円	①+②+③+④	
	金額	円			
	①+②+③+④				
	患者氏名 _____				
	傷病名	保険診療一部負担金 ① 円			
	診療月	入院 月 日～ 日	薬剤分一部負担金 ② 日分 円		
外来 月 日～ 日		入院時食事療養費負担金 ③ 日 円			
保険診療総合点	点/円	訪問看護療養費負担金 ④ 日 円			
保険の種類	本人/家族 1国保 2国保組合 3協会けんぽ 4組合 5共済 6船員 7日雇 8後期				
上記の金額を領収しました。					
年 月 日					
殿					
住所					
医療機関名					

<医療機関へのお願ひ> 1 点数及び金額は、保険診療の対象分のみ記入してください。
2 1箇月分の診療分をまとめて、領収書欄に記入してください。

入力	確認