

記入上のお願い

受給者番号 第000000号

受診者の受給券の受給者番号を記入してください。

八千代市ひとり親家庭等医療費等助成請求書					
令和 年 月 日					
(宛先) 八千代市長					
住所 大和田新田312-5					
請求者氏名 八千代 花子					
電話 483-1151					
下記のとおり医療費等の助成を請求します					

保護者の方が請求者です。
氏名は自署でお願いします。

保険者名は、〇〇健康保険組合、全国健康保険協会〇〇支部などです。
国民健康保険の場合、保険者は八千代市になります。

受診者	氏名	八千代 太郎		請求者との続柄		子
	住所	八千代市大和田新田312-5		生年月日	〇年〇月〇日	
	加入医療保険	③・組・船・共・国	記号・番号	0000000-0000		本人
			保険者名	全国健康保険協会〇〇支部		家族

領収書に医療点数等の記入がない場合は、医療機関に証明をお願いしてください。

保険医療機関等証明欄	診療・調剤(入院・通院・調剤) ※該当に○をつけてください			
	診療・調剤月	令和3年11月分	診療報酬総点数	〇〇〇点
	公費負担額	有()円・無	調剤報酬総点数	〇〇〇点
	診療等日数	3日	保険診療一部負担金	2,550円
	入院時食事療養費等	円	証明手数料	〇〇〇円
	保険医療機関等の名称・所在地	上記のとおり証明します。 八千代市大和田新田〇〇〇-〇〇 〇〇〇〇病院 印		診療日明細欄 ・1日 850円 ・5日 980円 ・9日 720円

整骨院等で診療報酬総点数での記入が困難な場合は金額で記入し、点を円に書き換えてください。
保険診療自己負担額の欄は受診者が負担した金額(診療報酬総点数欄の金額の3割相当額)を記入してください。

診療等日数が複数日の場合は、診療日ごとの保険診療自己負担額の記入をお願いします。

振込先	金融機関名	〇〇銀行	支店名	〇〇支店
	預金種別	⑤・当	口座番号	〇〇〇〇〇〇〇
	口座名義人	ヤチヨ ハナコ		

※公費負担額について・公費負担額は、小児慢性疾患等で母子等の医療費助成以外の公費負担制度がある場合はご記入ください。

※受診者氏名・診療報酬総点数・調剤報酬総点数・保険診療分自己負担額のわかる領収書の原本を添付してください。

※領収書の返却を希望の方は、領収書のコピーを併せて添付してください。

※医療機関で証明を受けた場合でも、領収書またはレシートを必ず添付してください。

※「高額療養費」や「付加給付金」の支給がある場合は、その額のわかるものを添付してください。

◎不明な点はお問い合わせください。 子ども部子ども福祉課 家庭福祉班 047-421-6753