

蕪崎市ひとり親家庭医療費助成金請求書

(市処理欄)

年 月 日

受付印

蕪崎市長 様
下記のとおり請求します。

保 険 点 数	
保 険 医 療 費 総 額	
保 険 者 負 担 額 ()	
自 己 負 担 金	
他法及び付加給付金 ()	
高 額 医 療 費 ()	
高額介護合算療養費 ()	
食事療養費標準負担額	
支 給 決 定 額	

注) 太枠内をご記入ください。

年 月診療	受給者番号	
受給者名	受給者生年月日	
	年 月 日生	
請求者住所・氏名	住所 蕪崎市	
	氏名 () 印 電話番号()	

この欄は、診療を受けた月の翌月10日以後に医療機関等において証明を受けてください。

診 療 報 酬 証 明 書		
患者氏名 様	種 別	国保・国保退職・健保・船員・共済・組合・後期高齢 本人・家族
診療年月日 年 月 日 ~ 年 月 日(月ごと)		
		入院・入院外
診療報酬総点数		点
他法公費負担点数 (種別)		点
当月分の保険診療に係る 本人負担額		点
訪問看護療養費等自己負担分		円
入院時食事療養費		
食 事 療 養 額		円
自己負担分	一 般	円 × 日 = 円
	市民税非課税世帯 (入院3ヶ月までの者)	円 × 日 = 円
	市民税非課税世帯 (入院4ヶ月以降の者)	円 × 日 = 円
上記のとおり相違ありません。		
年 月 日		
関係医療機関等の所在名称 氏 名		印

- 1 受給者証の記載事項や振込先金融機関・口座番号等に変更があった場合には市役所担当まで届けてください。
- 2 領収書の添付ができないときには、診療報酬証明(医療機関の証明)を受けて請求してください。また、その場合は医療機関ごとに請求書を提出してください。
- 3 診療月の翌月から2年間が経過しても請求のない場合、助成金は支給できません。
- 4 この助成制度より、他の保険制度等が優先されますので、付加給付・高額医療を受けられた場合は、申請時に支給決定通知書を添付してください。
- 5 不正請求や重複請求により給付された場合は、既助成額をご返納いただきます。