親

第6号様式（第17条関係）

処理区分	①

受付	審査	受付年月日

親

ひとり親家庭等医療費申請書（償還払）

令和　〇〇年　〇月　〇日

（宛先）上尾市長

▼この枠内は**受給者が**ご記入ください　　登録内容が変わった時はお早めに届出をしてください。

ひとり親医療費受給資格証を見て記入してください。

受給者（保護者）		
住所	上尾市 上尾市本町三丁目	対象
電話	048（ 77	
氏名		

受給資格証の	1 2 3 4 5 6 7
フリガナ	アゲオ　ハナコ
氏名	上尾　花子
	3. 昭和 4. 平成 令和　2 0 年　1 月　1 日
	平成 令和　2年　4月　診療分

該当する場合は、家族の氏名（対象となるこどもを含む）と病院名を記入してください。該当しない場合には「なし」と記入してください。

※今回の申請金額が
この申請の他、同じ月
1か所の病院で、医療費
（本人含む）はいますか？
はい　⇒　以下の
いいえ　⇒　①に
①氏名　②病院名

記号	123
番号	4567
フリガナ	アゲオ　ユウコ
氏名	上尾　優子
保険者番号（右寄せに	0 0 1 1 0 1 9 7

※（〇で囲む）
協会けんぽ・健保・共済・国保・国組

上尾市　支部

電話　048（ 775 ）5136

※市処理欄のため記入不要	個　人

※協会
健保＝健康
国保＝国民健康保

健康保険証を見て記入。健康保険証の内容が変わった時は、窓口で変更届を出してください。

▼この枠内は医療機関が月別、入　　※総合病院は各診療科を合算してご記入ください。

≪領収書≫　※保険外のものは記入

令和　2年　5月30日

診療年月	4.平成	0 2	年	0 4	月
入院					

（患者氏名）　上尾　花子　様

医療機関記入欄

領収書を添付する場合は、この欄（医療機関の証明）の記載は不要です。

【領収証に必要な内容】
①患者氏名
②診療年月日
③保険診療分の自己負担額
④保険診療点数（接骨院の場合は保険診療総額）
⑤医療機関名・所在地
⑥発行日または領収日
※領収書は必ず原本を申請書の左上後方にホチキスで添付してください。
※申請書を作成するときの注意点はHPをご覧ください。

≪市処理欄≫

税	多	高額療養費	附加給付金	附加コード	食	日数	継

過払

《医療機関へ支払いをしたとき用》

※領収書はホチキスで左上・後方に日付順に添付してください。