

※診療年月別、医療機関別、かつ、入院・入院外別に申請をしてください。

（親）ひとり親家庭等医療費支給申請書

記入例

令和 ○年 ○○月 ○日

（申請先）
新座市長

申請者 氏名 **新座 太郎**

保護者氏名（養育医療給付申請書、ひとり親家庭等医療費受給者証の申請者名で御記入ください。）

住所 新座市 **野火止** 丁目 番 号
(方書き等)

電話 **048 (477) 1111**

日中に連絡が取れる番号を御記入ください

受給者証番号	1	2	3	4	5	6	7	加入している健康保険証等の内容			
フリガナ	ニイザ ハナコ							名称	新座市		国民健康保険 健保組合 共済組合 全国健保協会 後期高齢者医療
受診者氏名	新座 花子							〇で囲んでください	※全国健保協会の方は支部を記入してください。		
生年月日	平成31年 1月 1日							記号・番号	埼新	(番号)	1234567
診療年月	令和 ○年 ○○月分							世帯主・被保険者 組合員・加入者の氏名	新座 太郎		
他の助成の有無 (○をつけてください)	日本スポーツ振興センター災害共済給付（学校・幼稚園・保育園等でのケガ等） ① 有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>							市民税等の状況	課税 <input checked="" type="radio"/> 非課税 <input type="radio"/>		
	② 他の医療助成制度による給付 有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>							③ 交通事故等第三者行為による給付 有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>			

- 注) 1 上部の書き欄は、申請者が記入してください。
2 受給者証は、新座市国民健康保険会館で確認をする。
3 新座市国民健康保険会館
4 交付申請の請求書

①学校等管理下でのケガでないか？
②ひとり親家庭等医療費以外の他の制度を受給していないか？
（例 小児慢性特定疾病医療支援事業、育成医療、重度心身障がい者医療費、こども医療費など）
③交通事故等で、第三者から傷病を受けたものでないか？
※上記に該当がある場合は、一度、こども給付課まで御連絡下さい。

保険診療総点数	点	他法負担分点数	点
---------	---	---------	---

下半分には何も書かず、領収書(原本)をホチキス止めで添付してください。
※証明書欄は、領収証を紛失したときなど領収証を添付できない場合、医療機関等に証明を依頼するときに使用してください。

※領収書(原本)は、ホチキス止めで添付してください。

入院時食事療養標準負担額	課税上位・一般・非課税・多数	円 ×	回 =	円
（備考）				