

第1号様式（第8条、第9条関係）

ひとり親家庭等医療費等給付申請書			
いすみ市長		様	
		平成 年 月 日	
		申請者 住所 氏名 ㊟	
下記のとおり医療費等の給付を申請します。		TEL	
氏名		申請者 との続柄	
住所		生年月日	年 月 日
加入医療 保険	名称		記号番号
	本人・家族の別	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	

保険医療機関・保険薬局証明欄

診療・調剤報酬証明書（入院・通院・調剤）※該当に○印を付けてください			
診療・調剤月	年 月分	公費負担額	有（ 円）・無
保険総点数	入院 点	外来 点	調剤 点
入院延日数	日	入院時食事療養費 の標準負担額	円 (円× 日)
証明手数料	円	自己負担金月額	円
保険医療機関 又は保険薬局 の名称・氏名 所在地	上記のとおり証明します。 <div style="text-align: right;">(取扱者印)</div>		

市町村窓口記入欄

自己負担額 A	附加給付額等 B		一部負担額 C	証明手数料 D	A - (B + C) + D 助成交付額 E
医 円 食 円	計 円	有 無 円	円	円	円

確認者印

～医療機関・保険薬局の方へ～

受給資格者からこの申請書により診療を求められたときは、窓口で負担金を徴収し、この申請書に1箇月をまとめた保険請求点数の証明をしてください。

～受診される方へ～

【申請までの順序】

- 1 この申請書は、各月において初めて医療を受けるとき、保険証と一緒にこの申請書を医療機関の窓口で提示してください。
- 2 医療機関の窓口で請求された医療にかかった額を支払ってください。
- 3 翌月の10日過ぎに、この申請書を医療機関に提示し、前月1箇月分の医療にかかった額の証明を受けてください。
(なお、証明手数料を徴収される場合があります。)
- 4 この申請書をいすみ市役所福祉課、夷隅・岬庁舎健康福祉課窓口に提出してください。

【お願い】

- 1 交通事故などの第三者の行為によって生じた病気やけがで診療を受けるときは、速やかにその旨をいすみ市役所福祉課、夷隅・岬庁舎健康福祉課窓口へ届け出てください。
- 2 受給の資格がなくなったとき（他市町村への転出を含む。）は、速やかにいすみ市役所福祉課窓口へ届け出てください。
- 3 この申請書は、他人に譲渡し又は担保に供してはいけません。
- 4 偽りその他不正の行為により助成を受けたときは助成した額の全額又は一部を返還してもらいます。