

登録番号	
------	--

松戸市ひとり親家庭等医療費等助成申請書

令和 年 月 日

(あて先) 松戸市長

申請者

住所 松戸市

電話 ( )

氏名 印

※記名押印に代えて署名することができます

受診者氏名		<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	

提出前にご確認ください(網掛けのチェック欄をご利用ください)

(1) 領収証を添付し申請します	<input type="checkbox"/>	又は	診療・調剤報酬証明書で申請します (裏面の証明書をご利用ください)	<input type="checkbox"/>
(2) 添付する領収書の診療月・受診者・病院・薬局(処方元病院含む)は同一です	<input type="checkbox"/>			
(3) 申請書1枚あたりの保険適用の医療費の金額は1,000円を超えています	<input type="checkbox"/>			
(4) 診療とそれにかかる調剤を合算して保険適用の医療費は21,000円以上ですか	はい・いいえ			
(5) (4)ではいの場合または、診療・調剤どちらか一方で21,000円以上医療費がかかっている場合にご回答ください。 受診者と同じ種類の健康保険証を使用している家族全員の中で、今回提出された領収証とは別に同月で21,000円以上支払った保険適用の医療費はありますか。	はい・いいえ			

※(5)ではいと回答された方は申請前にご連絡ください。  
 ※網掛け部分を記入し、提出をお願いします。  
 ※詳しい申請方法等については「松戸市ひとり親家庭等医療費等助成の登録をされた方へ」をよくお読みください。

市処理欄

市	自己負担額 A	①付加給付額 ②高額療養費 B	一部負担額 C	証明手数料 D	助成交付額 A-B-C+D=E
審査	医	① 円			
	薬	② 円	<input type="checkbox"/> 1000円	<input type="checkbox"/> 200円	円

診療・調剤報酬証明書

保 険 医 療 機 関 ・ 保 険 薬 局	<input type="checkbox"/> 入院（診療科：歯科・それ以外） <input type="checkbox"/> 通院（診療科：歯科・それ以外） <input type="checkbox"/> 調剤（処方元病院： ※入院・通院・調剤いずれかにチェックしてください。 入院・通院の場合は診療科に○をつけてください。調剤の場合は処方元病院の記入をお願いします。			
	診療・調剤年月	H・R 年 月	入院延べ日数	日
	通院した日（複数ある場合は全てご記入ください）			日
	診療報酬総点数	点	調剤報酬総点数	点
	公費負担額	有（ 円）・無	施術機関での3割額	円
	証明手数料	無料 円		
	上記のとおり証明します			
住 所			印	
医 療 機 関 名				
又 は 薬 局 名				
代 表 者 名				

（医療機関の方へ）

- ①保険診療分が助成の対象となります。助成金額は「診療・調剤総点数」から算出します。
- ②柔整療養分は「施術機関での3割額」欄に受診者が支払う保険診療分の3割金額を記入してください。
- ③診療報酬明細書ごとの処理になりますので、総合病院では受診科名を必ず記入してください。