**様式第９号（第１５条関係）**

**ひとり親家庭等医療費計算書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **受給資格者** | **フリガナ** |  | **保険種別** |
| **氏　　名** |  | **社保等・国保** |
| **住　　所** | **〒** |
| **生年月日** | **年　　　　月　　　　日** |
| **受給者番号** |  |  |  |  |  |  |  |

**年　　月分のひとり親家庭等医療費を次のとおり証明します。**

|  |  |
| --- | --- |
| **診療科目** | **医科　・　歯科　・　調剤　・　その他（　　　　　　　　　　）** |
| **通院・****調剤分** | **診療日** | **総医療点数** | **保険割合** | **一部負担金** |
| **年　　月　　日** | **点** | **７割・８割** | **円** |
| **年　　月　　日** | **点** | **７割・８割** | **円** |
| **年　　月　　日** | **点** | **７割・８割** | **円** |
| **年　　月　　日** | **点** | **７割・８割** | **円** |
| **年　　月　　日** | **点** | **７割・８割** | **円** |
| **入院分** | **年　　月　　日から****年　　月　　日まで****（　　　日間）** | **点** | **７割・８割** | **円** |
| **食事回数****円×　　　　回** | **食事負担額****円** |
| **年　　月　　日から****年　　月　　日まで****（　　　日間）** | **点** | **７割・８割** | **円** |
| **食事回数****円×　　　　回** | **食事負担額****円** |
| **証明****手数料** |  | **証明手数料****円** |

**年　　　月　　　日**

**医療機関名**

**所　在　地**

**代表者氏名　　　　　　　　　　㊞**