

ひとり親家庭医療費助成申請書

年 月 日

本宮市長

申請者 住 所 本宮市

氏 名 ㊟

ひとり親家庭医療費を次のとおり申請します。

受給者証番号	第 号	受診者氏名	
		生 年 月 日	年 月 日
加入保険の種別	国保 ・ 協会けんぽ ・ 組合 ・ 船員 ・ 日雇 ・ 共済		
同一受診月分の申請の有無(注2参照)	有 ・ 無		

医 療 機 関 記 入 欄	保 険 診 療 総 点 数	入 院 点		一 部 負 担 領 収 額 ①		
		外 来 点		円		
	食 事 提 供 回 数	回	入 院 時 食 事 療 養 費 定 額 負 担 額	円	入 院 時 食 事 療 養 費 定 額 負 担 月 額 ②	円
	公 費 負 担 医 療 等	育 成 ・ 精 神 ・ 特 疾 ・ 法 人 税 法 減 額 そ の 他 ( )		診 療 科		
	上記 年 月 分の一部負担金を受領したことを証明する。 医療機関コード _____ 年 月 日 医療機関 住所 又は薬局 名称 ㊟					

一 部 負 担 額 (A)①+②	附 加 給 付 額 (B)	高 額 療 養 給 付 額 (C)	控 除 額 (D)	助 成 決 定 額 (A-B-C-D)
円	円	円	円	円

注1 太線の枠内は申請者が記入してください。

注2 「同一受診月分の申請の有無」欄には、この申請書の他に、同一受診月分の申請書(同一世帯どなたのものでも結構です。)の提出を行ったことが有か無か、いずれかに丸をつけてください。

様式第3号の2(別表関係)

高額療養費支給に関する確認書(申立書)				
下記のとおり確認(申立)します。				
年 月 日				
保険者(申立者)名 <span style="float: right;">㊟</span>				
本宮市長				
医療を受けた者の氏名	医療を受けた病院診療所等	病院等で支払った一部負担金等	高額療養費から控除する額	高額療養費支給決定額
合 計				

(注)

- 1 「高額療養費支給に関する確認書(申立書)」欄(以下「申立書等欄」という。)は、あなたが、高額療養費に該当しない場合、本人申立てとして記入してください。
- 2 あなたが、国民健康保険法の規定により高額療養費の支給を受けることができる場合、市の市民課で確認を受けてください。
- 3 あなたが、国民健康保険以外の保険から高額療養費の支給を受けることができる場合、保険者から交付された「高額療養費支給決定通知書」又は「高額療養費の積算基礎を明らかにした書類」を提出してください。
- 4 申立書等欄の記入のため、病院からの領収書は、家族の分も含め、保管してください。
- 5 申立書等欄に、記入漏れ又は偽りの申立てを行って医療費の給付を受けた場合は、給付を受けた額の全部又は一部の返還を命ずることとなります。