

## ひとり親家庭医療費助成申請書

年 月 日

須賀川市長

申請者 住 所 須賀川市

氏 名

電 話

受給者番号		受診者名		生年月日	年 月 日
-------	--	------	--	------	-------

### 保 険 診 療 証 明 書

年 月 日

診療月	年 月 分	保険診療 合計点数	入 院 点 (うち公費 点)	受 領 金 額 (保険診療分のみ)	円			
診療日数	日		入院外 点 (うち公費 点)					
食 事 療 養 費	入院 日数	日	食 事 提 供 回 数 ( a )	回	食 事 療 養 費 定 額 負 担 額 ( b )	円	入 院 時 食 事 療 養 費 定 額 負 担 月 額 ( a ) x ( b )	円
合計受領金額 +						円		

医療機関コード					所 在 地 医療機関名 代 表 者 名  ( 電 話 )
公費負担 医 療 等	1	2	3	6	
	自 立 支 援	そ の 他 の 公 費 負 担 医 療	特 定 疾 病	法 人 税 法 に よ る 減 額	

1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7			
医科	歯科	調剤	その他	国保	協 会 け ん ぽ	組 合	船 員	国 保 組 合	共 済	後 期 高 齢			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
内	小	外	小外	脳	皮	泌	整	眼	耳	婦	精	放	そ の 他 ( )

### 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(申立て)します。

年 月 日

確認者(申請者)名

須賀川市長

療養を受けた者の氏名	療養を受けた病院・診療所等	病院・診療所等で支払った一部負担金	世帯合算額から控除する額	高額療養費支給決定額	附加金決定額
合 計					
助成決定額					

(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、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」をこの申請書と一緒に提出してください。
- 3 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。
- 4 申立書等欄に、記入漏れ又は偽り等の申立てを行って医療費の助成を受けた場合は、助成を受けた額の全部または一部の返還を命ずることとなります。