

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
氏 名
電話番号

受給者 番 号		受診者名		生年月日	年 月 日
------------	--	------	--	------	-------

○高額療養費に関する確認○

一部負担金額（病院分と薬局分の合計額）が 21,000 円以上の場合は、次の質問にお答えください。

◎下記診療月に、受給者又は受給者と同じ健康保険に加入している方で、この申請書のほかに、

医療機関で支払った一部負担金額が **21,000 円以上**のものはありますか？

はい ・ いいえ （○でかこむ）

⇒はいの場合、内容確認のために連絡をすることがあります。

保 険 診 療 証 明 欄

年 月 日記入

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)	①	円
診療日数	日			入院外 点 (うち公費 点)				
食 事 療養費	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) × (b)	②	円	
合計受領金額 ① + ②			円					

医療機関コード							所 在 地 医療機関名 代 表 者 名 （電話番号） ⑨																				
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 患										法人税 法による減額												
1		3		4		8		9		1		2		3		4		5		6		7					
医科		歯科		調剤		補装具		柔道 整復		国保		協 会 けんぽ		組 合		船員		国保 組 合		共 済		後期 高齢					
1		2		4		5		6		7		8		9		1 0		1 1		1 4		1 5		1 6		1 7	
内		精		神内		呼		消		胃		循		小		外		整		脳神		呼外		心血		小外	
1 9		2 0		2 3		2 6		2 7		2 8		3 0		3 1		3 3		3 4		3 5		3 6					
皮		泌		産婦		眼		耳鼻 咽喉		気管 食道		放		麻酔		心療		アレル ギー		リウ マチ		リハ		その他 ()			

事務処理欄

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	付加金決定額
助成決定額	円				

(注)

- 1 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。
- 2 高額療養費確認のため、病院からの領収書は、家族の分も含め、保管してください。
- 3 高額療養費や付加給付金等の該当があつたにもかかわらず、医療費助成を受けたことが判明した場合には、すでに給付した助成金を返還していただきます。

○高額療養費・・・医療保険の1か月に支払われた医療費自己負担額が基準額を超えたときに加入している健康保険から医療費自己負担額の一部払い戻しを受ける制度です。健康保険によって、自動計算で支給される場合と被保険者による申請が必要な場合があります。

○付加給付金・・・健康保険組合ごとの独自の給付制度です。詳しくは加入している健康保険組合にお問い合わせください。