

ひとり親家庭医療費助成申請書

令和 年 月 日

相馬市長

申請者住所 相馬市

氏名 ⑩

電話番号 —

令和 年 月分のひとり親家庭医療費の助成金の交付を申請します。

受給資格者証番号	第 一 号	受診者名	
		生年月日	
被保険者証記号番号	記号	加入保険の種類	国・政・組・船・国組・共・日
	番号	被保険者氏名	

医 療 機 関 記 入 欄	保険診療点数		入院	点	薬剤一部負担金①	円
			通院	点	負担金領収額(①を除く)②	
	食事提供回数	回	標準負担日額	円	標準負担月額 (回数×負担額)③	円
						合計(①+②+③)
<p>令和 年 月分の一部負担金を受領したことを証明する。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関 所在地 又は薬局 名称 氏名 ⑩</p>						

一部負担金	付加給付額	高額療養費給付額	自己負担額
円	円	円	円
同一診療月分の申請の有無		有 ・ 無	

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。

令和 年 月 日

申立者氏名 ⑩

相馬市長

療養を受けた者の氏名	療養を受けた医療機関	医療機関で支払った一部負担金等	高額療養費支給決定額
			/
			/
			/
合 計	/		

（注意）

- 1 「高額療養費に関する確認書（申立書）」欄は、あなたが医療機関等に21,000円以上の医療費を支払い、かつ同じ月にあなた以外の家族の者で、21,000円以上の医療費を払った者がなく、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 国民健康保険法又は老人保健法の適用者で高額療養費又は高額医療費に該当する場合は、相馬市の国民健康保険担当課で確認を受けてください。
- 3 国民健康保険以外の医療保険各法の適用者で高額療養費に該当する場合は、保険者から交付された「高額療養費支給決定通知書」等を提示してください。
- 4 医療機関等の領収書は、記入の際必要になりますので保管してください。
- 5 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、受領した額の全部又は一部の返還を命ずることとなります。