

ひとり親家庭医療費助成申請書

平成 年 月 日

三春町長 様

受給者番号

申請者住所
氏 名

印

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 診 者 名	
生 年 月 日	
同一受診月分の申請の有無（注2参照）	無 ・ 有

保 険 診 療 証 明 書

年 月 診療分 診療科目 : 1 医 科 2 歯 科 3 調 剤 4 その他

医 療 機 関 記 入 欄	保険診療 総点数	入院 外来	点 点	薬 剤 負 担 金 領 収 金 額 ①		円								
				負 担 金 額 領 収 額 (①を除く) ②		円								
	食 事 提供回数	回	入院時食事 療養費定額 負担金単価	円	入院時食事療養費 定 額 負 担 月 額 (提供回数×単価)	円								
					③									
	入院時食事療養費総額（保険適用分月額）					円								
	診 療 科 目	1 内	2 小	3 外	4 小	5 脳	6 皮	7 泌	8 整	9 眼	10 耳	11 婦	12 精	13 放

上記のとおり証明します。

平成 年 月 日

医療機関 住 所
又は薬局 名 称

印

一部負担額 (A) ①+②+③	附加給付額 (B)	高額療養給付額 (C)	自 己 負 担 額 (A-B-C)
円	円	円	円

注1 上記の枠内は申請者が記入してください。

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（同一世帯の受給資格者のどなたのものでも結構です。）の提出を行ったことがあるか無いかいずれかに丸をつけてください。

様式第3号の2 (第5条関係)

<p>高額療養費支給に関する確認書 (申立書)</p> <p>下記のとおり確認 (申立) します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名 印</p> <p>三春町長 様</p>				
医療を受けた者の氏名	療養を受けた病院・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、あなたが次の各号のいずれかに該当する場合に記入し、又は証明を受けてください。
- (1) あなたが病院等に21,000円～80,100円以下 (市町村民税非課税世帯の場合は21,000円～35,400円以下) の医療費を支払い、かつ同じ月であなた以外の家族の者で21,000円以上の医療費を支払った者がなく高額医療費に該当しない場合、本人の申し立てとして記入してください。
 - (2) あなたが国民健康保険から高額療養費の支給を受けることができる場合、あなたの町の国民健康保険担当課ま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が確認できる書類」をこの申立書を同時に提示してください。
- 2 この書類の記入に必要なため、病院等からの領収書は、家族の分も含め保管してください。
- 3 この書類に記入漏れがあったり、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。