

様式第4号 (第5条関係)

■受給者記入欄

ひとり親家庭医療費助成申請書					
平成 年 月 日					
矢吹町長 様					
受給者 住 所					
氏 名 ㊟					
電 話					
受給者番号		受診者名		生年月日	年 月 日

■医療機関等記入欄

保 険 診 療 証 明 書						
平成 年 月 日						
診療月	年 月 分	保険診療 合計点数	入院 (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 (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 10ケタ (右詰で記入)			所在地 医療機関名 代表者名 ㊟ (電話)			
診療科目	9 9 医科	6 0 歯科				
公費負担 医療等	2 1	3 8	その他の公費 負担医療	3	5	6
	自立支援	肝炎治療		特定疾病	高額限度額 適用認定	法人税法に よる減額

■高額療養費非該当者 (21,000 円以上) 記入欄

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 ㊟					
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、あなたが医療機関等に 21,000 円以上の医療費を支払い、かつ同じ月であなた以外の家族の物で、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に該当する場合は、矢吹町の国民健康保険担当課で確認を受けて下さい。
- 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」をこの申請書と一緒に提出してください。
- 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。