

ひとり親家庭医療費助成申請書

年 月 日

浪 江 町 長

住 所 浪江町大字

申請者 氏 名 ⑩

電話番号

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 者 証 番 号	第 号	受 診 者 名	
		生 年 月 日	年 月 日
被 保 険 者 証 記号及び番号	記号	加入保険の種別	国・政・組・船・日・共
	番号	保 険 者 名	
同一受診月分の申請の有無（注2参照）		有 ・ 無	

医 療 機 関 関 連 入 欄	保険診療総点数		入 院 点	薬剤負担金領収額①	円	
			外 来 点	負 担 金 領 収 額 (①を除く)②	円	
	食 事 提供日数	日	入院時食事療養費定額 負担日額	円	入院時食事療養費 定額負担月額 (提供日数×日額)③	円
	入院時食事療養費総額（保険適用分月額）				円	
	上記 年 月分の一部負担金を受領したことを証明する。 年 月 日 医療機関 住所 又は薬局 名称 印					

一 部 負 担 金 (A)①+②+③	付 加 給 付 額 (B)	高額療養給付額 (C)	控 除 額 (D)	助 成 決 定 額 (E) $A - B - C - D$
円	円	円	円	円

注 1 太線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（同一世帯どなたのものでも結構です）の提出を行ったことが有か無か、いずれかに丸をつけてください。

3 医療機関の証明がない場合は、領収書の原本を添付してください。

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				
浪 江 町 長 申請者氏名 ㊞				
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	高額療養費支払決定額
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者で21,000円以上の医療費を支払った者がなく高額療養費に該当しない場合は、本人の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から高額療養費の支給を受けることができる場合は、町の国民健康保険担当課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は、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」をこの申立書と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助成を受けた場合は、助成した金額の全部又は一部の返還を命ずることとなります。