

様式第3号 (第5条関係)

ひとり親家庭医療費助成申請書		年 月 日
広野町長 様	受給者番号 申請者住所 広野町	
	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	年 月 日	
同一受診月分の申請の有無	有 ・ 無	

《領収書が無い又は領収書の記載内容が不足している場合は、医療機関による証明が必要です》

医療機関記入欄	保険診療	入院	点	薬剤負担金領収額 ①		円	
	総点数	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 所在地 又は薬局 名称						

※食事療養費を除いた医療費が、21,000円以上の場合で、高額療養費に該当しない場合は、限度額認定証の写し又は勤務先の証明(裏面)が必要となります。高額療養費に該当する場合は、「高額療養費支給決定通知書」等金額が分かるものを添付して提出してください。

(申請者確認欄)

- 同じ健康保険証において、今回助成申請分と同じ月に、21,000円以上の支払はありません。
 - 同じ健康保険証において、今回助成申請分と同じ月に、21,000円以上の支払があります。
- ありの場合、世帯合算による高額療養費に該当する可能性がありますので保険者に確認してください。

◎勤務先又は加入保険者の証明及び確認を受けてください。

高額療養費に関する証明

当該申請者世帯の、令和 年 月診療月における自己負担限度額は

_____です。

附加給付に関する確認

・該当する項目に○を記入してください。

【 】 附加給付制度なし

【 】 附加給付制度あり

・「あり」の場合は以下に記入してください。

今回の医療費申請に対する附加給付の有無

【 】 給付あり

【 】 給付なし

・「あり」の場合、支給される金額を記入又は、金額が分かるものを添付してください。

上記のとおり証明します。

年 月 日

勤務先所在地

勤務先名称

勤務先連絡先

印

(証明欄の記載例)

当該申請者世帯の令和元年10月診療月における自己負担限度額は
80,100円 + (総医療費 - 267,000円) × 1%です。