

乳幼児等医療費助成申請書

年 月 日

広野町長 様

住所

申請者

氏名

印

乳幼児等氏名			
生年月日			
受給者番号		1 入院	2 入院外

《領収書が無い場合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》

保 険 診 療 証 明 書				
年 月 診療分				
医療の給付	保険診療合計点数	点	負担金額 ①	円
薬剤一部負担金			負担金額 ②	円
食 事 の 療 養	入院日数	日	入院時食事診療費 定額負担日額(b)	入院時食事診療費定額負 担月額【(a)×(b)】③
	食事提供日数 (a)	日		
合計受領金額 ①+②+③			円	
上記のとおり証明いたします。				
医療機関 所在地 名 称 代表者			年 月 日 印	

※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。 <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>	
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

(証明欄の記入例)

(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額は
80,100円+(総医療費-267,000円)×1%です。