

申請者記入欄	ひとり親家庭医療費助成申請書			
	三春町長 様			年 月 日
	住所			
	申請者 氏名			
	電話			
次のとおり、ひとり親家庭医療費の助成を申請します。				
受給者番号				
受診者氏名		受診者 生年月日	年 月 日	

医療機関等記入欄	保険診療証明欄															
	診療月	年 月 分			1 入院					2 入院外						
	診療科目				1 医科		2 歯科			3 調剤		4 その他				
	診療科名	1 内科	2 小児科	3 外科	4 小児外科	5 脳外科	6 皮膚科	7 泌尿器科	8 整形外科	9 眼科	10 耳鼻咽喉科	11 産婦人科	12 精神科	13 放射線科	14 (その他)	
	保険診療合計点数				点		受領金額① (一部負担金)					円				
	食事療養費	提供回数 (A)						回		定額負担額 (B)			円			
		定額負担月額② (A) × (B)								円						
	合計受領金額 (①+②)									円						
	上記のとおり証明します。															
	年 月 日															
医療機関 所在地																
名称																
代表者																
印																

【この欄は記入しないでください。】

自己負担額	高額療養費支給額	付加給付額	助成額
円	円	円	円

※一部負担金(①)が21,000円以上で、高額療養費に該当しない場合は、高額療養費支給に関する確認書(申立書)(様式第3号の2)をご提出ください。

※一部負担金(①)が21,000円以上で、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」等を添付し、申請してください。

高額療養費支給に関する確認書(申立書)

年 月 日

三春町長 様

申請者氏名

下記のとおり申し立てます。(該当する番号に○をつけてください。)

- 1 同じ保険証において、今回申請する月は、表面記載のもの以外に一医療機関あたり21,000円以上の医療費の支払いはありません。
- 2 同じ保険証において、今回申請する月は今回申請するもの以外に、一医療機関あたり21,000円以上の医療費の支払いがありました。

療養を受けた者の 氏 名	医 療 機 関 名	支払った一部負担金
		円
		円
		円

※「高額療養費」とは、医療機関等で支払った自己負担額（食事療養費及び保険診療対象外の費用は除く。）が、自己負担限度額を超えたときに、請求により加入している健康保険から払い戻される制度です。

同じ保険に加入している方で、同じ月に21,000円以上の自己負担額が複数あるときは、合算して自己負担限度額を超えた額が、高額療養費として払い戻されます。