

ひとり親家庭医療費助成申請書									
年 月 日									
猪 苗 代 町 長									
住 所 猪苗代町									
申請者									
氏 名									
受給者番号		猪苗代		受診者名				生年月日 昭和 年 月 日 平成	

保 険 診 療 証 明 書													
診療月	年 月					1	2	3	4	1. 入院		2. 入院外	
						医科	歯科	調剤	その他				
診療科目	1	2	4	5	6	8	9	11	12	14	16	19	20
	内	精	神内	呼	消	循	小	整	形	脳外	心外	皮	泌尿
	25	26	27	29	36	37	38	41	44	53	その他		
	婦	眼	耳	糖	リハ	柔整	訪看	歯	調剤	透析	( )		
医療の給付		保険診療合計点数			点		負担(受領)金額			円			
		入 院 日 数 (※入院の場合)			日		入院時食事療養費 標準負担月額			円 (@ 円 × 回)			
		医療機関 コード											
年 月 日													
医療機関 所在地													
薬 局 名 称													
氏 名 ⑩													

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 令和 年 月 日					
確認者(申請者)名					⑩
猪苗代町長					
医療を受け た者の氏名	医療を受けた 病院・診療所等	病院等で支払った 一部負担金額	世帯合算額から 控除する額	高額療養費 支給決定額	摘 要
合 計					
給付決定額				円	
処理	審査 台帳 電算				確認

(裏)

- (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70歳未満であり(後期高齢者医療被保険者を除く。)、21千円以上の医療費を支払ったが、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 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、猪苗代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、保険者から交付された「高額療養費支給決定通知書等」又は「高額療養費の積算基礎を明らかにした書類」をこの申請と同時に提示してください。
- 4 申立書等欄の記入のため、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。
- 5 申立書等欄に、記入漏れ又は偽りの申立てを行って医療費の給付を受けた場合は、給付を受けた額の全部又は一部の返還を命ずることとなります。