

ひとり親家庭医療費助成申請書		年 月 日
会津美里町長		
受給者証番号		
申請者住所 会津美里町		
申請者氏名 ㊟		
下記受診分のひとり親家庭医療費助成金の交付を申請します。		
受診者名		
受診者生年月日	年	月 日
同一受診月分の申請の有無	有 ・ 無	

医療機関記入欄	保 険 診 療 証 明 書		
	年 月 診療分		(診療科名: _____)
	入院外	保険診療総点数	点
		受診者負担額	円
	入院	保険診療総点数	点
		受診者負担額①	円
		入院時食事療養費負担額②	円(食×円)
		受領額合計・①+②	円
	備考		
	年 月 日		
医療機関 所在地			
又は 名称			
薬局 氏名 ㊟			

役場記入欄	一部負担額合計 (A)	付加給付額 (B)	高額療養給付額 (C)	控除額 (D)	支給額 (A-B-C-D)
	円	円	円	円	円
	(備考)				

※ 申請者記入欄の「同一受診月分の申請の有無」欄には、この申請書のほかに、同一受診月分の申請書（同一世帯の受給資格者のどなたのものでも結構です。）の提出を行ったことが有るか無いかいずれかに丸をつけてください。

様式第4号の2 (別表関係)

下記のとおり確認(申立て)します。

高額療養費支給に関する確認書(申立書)

年 月 日

申請者氏名

㊟

会津美里町長

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	高額療養費支給決定額
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、あなたが病院等に支払った法に定める一部負担金の額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、あなたの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」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。
- 4 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。
- 5 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。