様式第3号(第8条関係)

申請者記入欄	乳幼児及び児童医療費助成申請書						年 月 日								
	田村市長 様		住所 田村市 町		番地										
	申請者 (受給者) 氏名		電話												
	受給資格証番号		乳幼児・児童の氏名												
		生 年 月 日		年 月 日		男・女									
加入している健康保険		保険者番号													
		記号・番号													
医療機関等記入欄	保険診療証明欄														
	診療月		年 月分		診療科名()										
	保険診療合計点数		入院 入院外 歯科 (該当するものに○)		点		(柔道整復は総医療費:円)								
	受領金額		受領金額(一部負担金)		2割 3割 ① (該当するものに○)		円								
			柔道整復(一部負担金)		2割 3割 ② (該当するものに○)		円								
			養育・療育医療費等徴収金		③		円								
			薬剤一部負担金				円								
			食事提供回数(a)		回		入院時食事療養費定額負担・1回(b)		円						
					入院時食事療養費定額負担月額 [(a) × (b)] ④		円								
	合計受領金額①+②+③+④						円								
上記のとおり証明します。															
年 月 日		医療機関コード		<table border="1" style="width:100%; height:20px;"> <tr> <td style="width:10%;"></td> </tr> </table>											
		医療機関 所在地		名称											
				代表者氏名		印									
申請者記入欄	高額療養(医療)費に関する確認書(申立書)														
	次のとおり確認(申立て)します。														
	確認者(申請者)														
	田村市長様														
	療養を受けた者の氏名	医療機関名	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															

(注意 食事療養費は、「病院等で支払った一部負担金等」に含めないこと。)

一部負担金額(A) 円	高額療養費(B)	付加給付額(C)	助成決定額(A) - (B) - (C)	支給年月日

◎高額療養費に関する確認書（申立書）について

- 1 「高額療養(医療)費支給に関する確認書(申立書)」欄は、高額療養費に該当する場合に記入してください。
- 2 国民健康保険以外の保険から高額医療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「高額医療費支給決定通知書」又は「高額医療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。
- 3 この書類の記入のため、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。
- 4 この書類（申立書）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。

◎高額療養費とは

1ヶ月間（同月内）に医療機関等に支払った自己負担額が、下記の定められた算出方法による自己負担限度額をこえたときに、請求により払い戻される制度です。

同一世帯（同じ保険に加入している方）で、同月内に21,000円以上の自己負担が複数あるときは、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。

（限度額適用認定証を使用した場合も同様です。）

区 分	自己負担限度額
上位所得者※	252,600円 + (総医療費 - 842,000円) × 1% 【140,100円】
	167,400円 + (総医療費 - 558,000円) × 1% 【93,000円】
一 般	80,100円 + (総医療費 - 267,000円) × 1% 【44,400円】
	57,600円 【44,400円】
市民税非課税世帯	35,400円 【24,600円】

※被保険者の標準報酬月額が53万円以上の場合。

※【 】内の数字：1年間（直近12箇月）に3回以上高額療養費を受けた場合は、4回目以降の自己負担限度額が軽減される。