

(記 入 例)

社保のみ

様式第3号(第8条関係)

住所・氏名・資格証に記載の番号・受給者名を記入する。

※上記4点を記載の上、白紙に複写していただいても構いません。事務処理の都合上、ピンク紙としております。

田村市長様

令和 5年 6月15日

住 所 田村市〇〇町〇〇字〇〇 〇番地

氏 名 田 村 花 子

受給資格証番号	2000	受給者名	田村 花子	入院の別	入院 通院
---------	------	------	-------	------	--------------

保 険 診 療 証 明 書

令和 5年 5月 診療分

保険診療 合計点数	受 領 金 額			入院日数
	合 計	食事療養費以外	食事療養費標準負担額	
500点	1,500円	1,500円	円	日

5年 6月10日

医療機関証明は、5月に受診した場合は、翌月の6月になってから、1か月分の証明をもらう。

所在地 田村市〇〇〇〇 番地
(医療機関) 名 称 〇〇〇〇病院
氏 名 病院長 〇〇 〇〇 **印**

高額療養費支給に関する申立書

次のとおり、申し立てます。

年 月 日

田村市長様

申立者氏名 **印**

【高額療養費・付加給付に該当される方】※詳細については別紙をご覧ください。

- ・加入している健康保険組合で手続きをし、高額療養費支給決定通知書または付加給付決定通知書を添付して下さい。高額療養費の支給を受ける権利の消滅時効は、診療を受けた月の翌月の初日から2年ですのでご注意ください。
- ・高額療養費に該当される場合は、助成申請書の申立書を記入し申請して下さい。

※高額療養費制度では、一月の自己負担額が、自己負担限度額を超えた場合に該当します。その他にも下記の場合も該当します。

「合算高額療養費」：同月内に、21,000円を超える自己負担が複数あり、合算すると自己負担限度額を超える場合。

「世帯合算」：同じ健康保険に加入している家族等で、同月内に21,000円を超える自己負担が複数あり、合算すると自己負担限度額を超える場合。

「多数回該当」：直近の12カ月間に、既に3回以上高額療養費の支給を受けている場合、その月の自己負担額がさらに引き下がります。