様式第4号(第6条関係)

**記入例**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 子ども | 医療費助成申請書(請求書) |
|  | ひとり親家庭等 |
|  | 重度心身障害者等 |

○○年○○月○○日

　越前市長　　　　殿

申請者住所　越前市府中一丁目13-7

氏名　越前　太郎

ここまで記入

↑

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者番号 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 | 加入医療保険 | 名称 | 全国健康保険協会 福井支部／  越前市　　　　　　等 |
| ふりがな  対象者氏名 | えちぜん　はなこ  越前　花子 | | | | | | | | | | | 種類 | 1 協会 2 組合 3 共済  4 国保 5 退本 6 後期 |
| 生年月日 | ○○年○○月○○日 | | | | | | | | | | | 振込先 | | 医療費助成登録口座 |

該当するものに〇

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療機関等証明欄(領収書) | | | | | |
| 診療区分 | 医・歯・調・補・柔 | | 入院・入院外 | 診療月 | 年　 　月分 |
| 保険診療点数 | | 点 | | 診療日数 | 日 |
| 食事療養標額等 | | 円 | | 本人負担金 | 円 |
| 年　　月　　日  　　　　　　　　　　様  住所  医療機関　名称  氏名 | | | | | |

　(注)　1　容器代や交通費などの保険診療外の負担は、支給されません。

　　　　2　申請(請求)額が、21,000円以上の場合は、裏面も記入してください。

※認定欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ①申請(請求)額 | ②付加給付額 | ③その他の控除額 | ④助成決定額   1. －(②＋③) |
| 円 | 円 | 円 | 円 |
| 円 | 円 | 円 | 円 |
| 家族療養費付加給付 | 有 ・ 無 | 算定式 | |

高額療養費に係る一部負担金の支払に関する申告書

　　　月における受給者と同一保険内の者(保険証に書いてある者)に係る一部負担金の支払について、次のとおり申告します。

年　　月　　日

　　越前市長　　殿

申請者　住所

氏名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1　被保険者証記号番号 | |  | |
| 2　　　月において受給者と同一保険内で21,000円以上の一部負担金を支払ったことの有無 | | 有・無 | |
| 3　被保険者氏名 | 支払った一部負担金額 | | 高額療養費 |
| (受給者) |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
| 4　同一保険内で過去12箇月に高額療養費を受けた回数 | | 回 | |