

ひとり親家庭医療費助成申請書										申請者記入欄
福島市長				令和 年 月 日						
福島市										
住 所										
申請者 氏 名 (自署)										
電話番号										
以下のとおり医療費の支給を申請します。なお、当該支給額の算定に当たり必要がある場合は、福島市が保険者等に診療報酬及び療養費等の給付状況を確認すること並びに課税台帳及び加入医療保険等の公簿により確認することに同意します。										
受給者証番号			-					受診者氏名		員 番
医 療 保 険 記 号・番 号							生 年 月 日	昭和 年 月 日 平成		
◎福島市ひとり親家庭医療費助成では、支払った自己負担額から、ご加入の健康保険組合等から支給される高額療養費及び附加給付金を差し引いた金額を助成します。 <u>高額療養費の確認のため、受領金額欄が21,000円以上の場合は下記の質問にお答えください。</u> 受診者が診療を受けた月に、同じ保険に加入している方が21,000円以上の診療を受けて、受診者との合計額が自己負担限度額を超えていますか？（該当するほうに○をつけてください） は い → 加入している健康保険組合等が発行する「高額療養費支給決定通知書」などを添付して、高額療養費がわかるように申請してください。 いいえ → そのまま申請してください。ただし、家族療養費などの附加給付金が給付される場合は、その金額のわかる通知書などを添付して申請してください。 【留意事項】福島市から助成を受けたあとに高額療養費等の支給があった場合や、偽りその他不正の申し立てによって助成を受けた場合は、該当する助成額の全部または一部を返還していただきます。										

保 険 診 療 証 明 書										医療機関等証明欄
下記のとおり証明します。 医療機関コード										
所 在										
保険医療機関等 名 称										
診療科(総合病院のみ) 氏 名 ㊦										
診 療 月	令和 年 月 分	入院・入院外等の別	入 院・入院外・その他 (限度額認定証 有・無)	公費負担医療等	・育 成 ・養 育 ・精 神 ・特 疾 ・指 難 ・その他					
保険診療の 合 計 点 数 (うち公費分)	(点)	受 領 金 額 ※保険診療分のみ (うち公費分)	円 (円)							
入 院 時 食 事 療 養 費										
食 提 供 回 数	回	定 額 負 担 額	円	定額負担月額 (提供回数×定額負担額)	円					
市 記 入 欄		高額療養費支給額	附加給付額		助 成 決 定 額					
		円	円		円					
処理者		点検者1	点検者2		受 付 番 号					