

福島市長

令和 年 月 日

申請者 住所 福島市

氏 名 (電話 - -)

受給資格者証番号

医 療 保 険 記 号 ・ 番 号

※保険者コード

受 給 資 格 者

氏 名

生 年 月 日

年 月 日

◎福島市重度心身障がい者医療費助成では、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。
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。
(後期高齢者医療制度に加入されている方は記入不要です。)

診療を受けた月に、同じ保険に加入している方も含めて、21,000円以上の診療の合計金額が自己負担限度額を超えていますか。

は い ・ いいえ

○「はい」の方は、ご加入の健康保険組合等が発行する「高額療養費支給決定通知書」などを添付し申請してください。

○「いいえ」の方は、そのまま申請してください。ただし、健康保険組合等に加入していて、家族療養費などの附加給付金が給付される場合は金額の分かる通知書などを添付してください。

【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。

◎申請者記入欄(※印の欄は記入しないでください。)

保 険 診 療 証 明 書

次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 氏 名 電 話 ()

診 療 科 (総合病院のみ) ※コード 保 険 診 療 の 合 計 点 数 点

診 療 年 月 令和 年 月 分 診 療 実 日 数 日 受 領 金 額 (保険診療分のみの額) 円

入 院 ・ 入 院 外 入 院 ・ 入 院 外 (入院の場合－限度額認定証 有 ・ 無) 円

入 院 期 間 年 月 日 から 同年同月 日まで 本人・家族の別 本 人 ・ 家 族

(該当箇所に○を付けてください。)

公 費 負 担 医 療 等

・更生
・精神
・結核
・特疾
・指難
・その他

長期高額疾病

無 有

0 1

◎この欄は、保険医療機関等で証明してください。(※印の欄は記入しないでください。)

● 薬局の方へ 証明は処方せん発行の医療機関ごとに一枚ずつお願いします。
この証明は(医療機関名) の分

附加給付額	助成決定額	高額療養費支給額	記入しない でよい。
円	円	円	
処理者	点検者1	点検者2	受付番号