

福島市長										令和 年 月 日											
住所										受給資格者											
氏名										(電話)											
受給資格者証番号								フリガナ				生年月日		平成・令和 年 月 日							
								子どもの氏名													
◎福島市子ども医療費助成では、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> 1. お子さんの診療費は、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 →Aへ ・ いいえ →2へ 2. お子さん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、お子さん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 →Aへ ・ いいえ →Bへ A. 「はい」の方は、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。 B. 「いいえ」の方は、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金額のわかる通知書などを添付していただく必要があります。 【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。																					

◎ 受給資格者記入欄

保険診療証明書									
下記のとおり証明します。									
医療機関コード									
住所									
※ 診療科コード				保険医療機関等 名称		氏名		印	
※医療機関では記入しないこと。									
診療年月		令和 年 月		保険診療の合計点数				公費負担医療等	
入院・入院外等の別		入院・入院外・その他 (限度額認定証 有・無)				点		・育成 ・養育 ・精神 ・特疾 ・指難 ・その他	
診療日数		日		受領金額 (保険診療分のみ)		円			
入院期間		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで							
入院時食事療養費									
食事提供回数		回		定額負担額		円		定額負担月額 (提供回数×定額負担額) 円	

◎ 医療機関等・証明欄

◎この欄は記入しないでください。

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	