

高額療養費の支給(不支給)を確認できる書類の提出について

南砺市の医療費助成において、一部負担金が21,000円以上の場合は健康保険組合等の高額療養費支給(不支給)決定通知書の写しの添付が必要です。
健康保険組合等に決定通知書の様式がない場合は、健康保険組合等へこの様式を提出して証明を受けて、助成金申請書に添付してください。

○高額療養費の申請をしている方(健康保険組合等の決定通知書がある場合)

* 高額療養費の「支給(不支給)決定通知書」を助成金申請書に添付ください。

○健康保険組合等に様式が無い場合(以下について証明をお願いします。)

(1)申請者の記入欄

申請日	年 月 日	日中連絡のとれる電話番号	
被保険者氏名	Ⓜ	生年月日	年 月 日
助成金対象者		生年月日	年 月 日
健康保険組合名			
健康保険証	記号	番号	
診療月	年 月		

(2)健康保険組合等の記入欄

高額療養費該当の有無	有 ・ 無
------------	-------

高額療養費該当「無」の場合は、以下の回答は不要です。

所得区分	ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ ※いずれかに○をつけてください。
合算・世帯合算・多数該当の有無	有 (合算 ・ 世帯合算 ・ 多数該当) ・ 無

高額療養費決定状況(世帯合算の場合は該当者全員の記載をお願いします。)

氏名	総医療費	一部負担額	高額療養費	自己負担限度額
	円	円	円	円
	円	円	円	
	円	円	円	
	円	円	円	
	円	円	円	
支給状況	年 月 日 支給 (支給予定)			

上記のとおり証明します

年 月 日

保険者名
担当者名
電話番号

Ⓜ