

君津市ひとり親家庭等医療費等助成申請書

年 月 日

君津市長 様

住 所  
申請者 氏 名  
電話番号

受診者	氏 名			
	生年月日		申請者との 続 柄	
	住 所			
	加入医療 保 険	該当に○をつけてください。 1 変更なし      2 変更あり ※2の場合は変更届を記入		

保険医療機関・保険薬局証明欄

受診月	年 月分	公費負担額	有 ( 円 ) ・ 無
診療区分	1 通院 ( 日 )	2 入院 ( 日 )	3 調剤 ( 日 )
受診者氏名	保険点数	保険診療の 自己負担分	食事療養費標準 負担額・回数
	点	円	回 円

上記、受診者の医療費をここに証明します。

医療機関等所在地

名称・氏名

( 取扱者  )

市記入欄

自己負担額A	付加給付額等 B	一部負担額 C	証明手数料 D	助 成 額 E A - ( B + C ) + D
円	円	円	円	円

## 同意書

ひとり親家庭等医療費等助成申請をするにあたり、下記の項目について、承諾します。

### 記

1 高額療養費に関する調査、情報提供を君津市が受けること。

2 高額療養費の支給が該当となる場合

保険者から高額療養費が未支給であるために、君津市による過払いが生じた場合は、ア又はイに同意します。

ア 私が保険者から高額療養費を受領するときは、君津市の過払い相当額を私が君津市に返還すること。

イ 君津市が保険者から過払い相当額を直接受領する場合は、それにより私に高額療養費が支給されたことにすること。

3 家族療養費付加給付金の支給が該当となる場合

保険者から家族療養費付加給付金が未支給であるために、君津市による過払いが生じた場合は、私が保険者から家族療養費付加給付金を受領し、君津市の過払い相当額を私が君津市に返還すること。

氏名



注) 保険の自己負担分等が領収証で確認ができない場合は、次の保険医療機関・保険薬局証明欄で証明を受けてください。