別記第６号様式（第１２条第１項）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | 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 |  |
|  | 申請者 | 住　　所 |
|  | 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ＥＡ－（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。