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。