

君津市ひとり親家庭等医療費等助成申請書

令和〇年 〇〇月〇〇日

君津市長 様

申請者の情報を記入してください。

申請者

住所 君津市久保2-13-1
氏名 君津 はな
電話番号 0439-56-1128

提出日を記入してください。

受診者	氏名	君津 はな		
	生年月日	平成2年6月1日	申請者との続柄	本人
	住所	同上		
	加入医療保険	該当に〇をつけてください。 <input checked="" type="radio"/> 1 変更なし 2 変更あり		

※2の場合は変更届を記入

受診者の情報を記入してください。

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 (印))

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。

高額医療費に該当する場合は、署名してください。