

高額療養費等支給証明書提出の依頼書

【市民の方へ】

市川市重度心身障害者医療費助成において、1つの医療機関でかかった保険診療による自己負担額(一部負担金)の合計金額が、1カ月で21,000円以上の領収書を提出する場合は、下記の「高額療養費等支給証明書」を保険者に作成いただき、共に添付してください。

【保険者の方へ】

市川市重度心身障害者医療費助成では、保険者から支給される高額療養費や付加給付がある場合には、それらを控除した金額を助成しています。
適正かつ円滑な助成のため、高額療養費等支給証明書の発行にご協力お願いいたします。

(問い合わせ先：市川市役所 障がい者支援課 給付グループ TEL：047-712-8512)

【市民 記入欄】

保険者への申請年月日	年	月	日
被保険者氏名(生年月日)	(	年	月 日生)
対象者氏名(生年月日)	(	年	月 日生)
対 象 者 連 絡 先			
保 険 者			
保 険 記 号 ・ 番 号	記号	番号	
診 療 月	年	月	

高額療養費等支給証明書

【保険者 記入欄】

高額療養費該当の有無	有 ・ 無	付加給付金等該当の有無	有 ・ 無
------------	-------	-------------	-------

高額療養費「無」の場合、付加給付金等「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○をしてください。				
合算・世帯合算・ 多数回該当の有無	有 (合算・世帯合算・多数回該当) ・ 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	医療機関名	総医療費	一部負担金	高額療養費	自己負担 限度額
		円	円	円	円
		円	円		
		円	円		
		円	円		
		円	円		
付加給付金等		円			
被保険者への支給状況		支給・支給予定 ※いずれかに○をしてください。 年 月 日 支給 (予定)			

上記のとおり証明します

年 月 日

保険者名 ⑤

ご担当者名

電話番号