

牧之原市高額療養費等給付状況確認書

年 月 日

(宛先)保険者  
牧之原市長

〒  
(被保険者)住所  
氏名  
連絡先

印

申請者記入

療養を受けた被保険者	氏名		加入保険	被保険者証記号・番号	
	生年月日			保 険 種 別	国保・協会・組合・その他
	被保険者との続柄			保険者番号および名称	

私は、医療費助成申請にあたり、その助成金額の算定のために、保険者が牧之原市に対して、当該診療に係る高額療養費の給付内容等の情報について開示することに同意します。

診療内容

年 月分 診療 (入院・入院外)			
診療機関等の所在地及び名称			
保険診療点数	点	保険診療自己負担額	円

保険者証明欄

高額療養費 該当・非該当の例	1, 該当 (支給状況: 支給予定・未申請・現物給付のみ) ・ 2, 非該当						
※上記で「該当」(現物給付のみ以外)と回答された場合、①~⑤のご記入をお願いいたします。							
(1)	①高額療養費支給 年4回以上	有 ・ 無					
	②世帯区分	区分ア・区分イ・区分ウ・区分エ・区分オ (非課税)					
	③世帯合算 (「有」の場合、内訳欄の記入をお願いします。) ※対象者が5人以上の場合は特記事項にご記入ください	有 ・ 無	合算対象者内訳				
				1	2	3	4
			対象者氏名				
対象点数	点		点	点	点		
	自己負担額	円	円	円	円		
④保険診療点数合計	点	⑤支給合計 (未支給の場合は、申請があった場合の支給予定金額)		円			
(2)	付加給付金の有無	1、有 ( 円) 2、無					
(3)	特記事項						

上記のとおり、高額療養費等の給付について証明します。

年 月 日

(宛先) 牧之原市長

(保険者の所在地及び名称)  
所在地  
名称

印

※療養費払支給決定額

円

※欄は市で記入いたします。