

高額療養費支給に関する申立書

年 月 日

会津若松市長 (あて)

住所 会津若松市

申立者  
氏名

年 月の私の世帯において医療機関等で支払った高額な一部負担金等は、下記のとおり  
であります。

記

世帯員氏名	申立者との 続 柄	受診した医療機関等名称	医療機関等で支払った 一部負担金等の額	摘 要
合 計				

注 高額な一部負担金等には、次に掲げるものが該当します。

- (1) あなた又はあなたの世帯員が、医療機関の窓口で支払った一部負担金の額が21,000円以上のもの
- (2) あなたの子供が、育成医療等の給付を受けた際に徴収された費用の額で、当該医療費の公費負担額が21,000円以上のもの
- (3) あなた又はあなたの世帯員が、70歳以上75歳未満の者で老人医療受給対象者とならない者にあつては、医療機関の窓口で支払った一部負担金の額が外来療養に係る高額療養費算定基準額以上のもの