

平成18年12月 1日

高額療養費支給に関する申立書

会津若松市長 (あて)

健康保険の被保険者名を記入してください。  
押印を忘れずに。

住所 会津若松市 東栄町3番46号

申立者

氏名 若松 一郎 (印)

月ごとの申し立てとなります。

平成18年10月 の私の世帯において医療機関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

乳幼児医療費助成申請書の「保険適用額」や領収書の保険分の一部負担金を記入してください。

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
若松 太郎	子	会津若松病院	21,700円	
若松 花子	妻	市役所クリニック	25,900円	
合計			47,600円	

下記(注)に該当する方が複数いらっしゃる場合は、この申立書に連記してください。

医療機関等で支払った一部負担金等の額の合計が、(めやす)80,100円(非課税世帯は35,400円)を超える場合は、申立書ではなく、別途手続きが必要となりますので、児童家庭課にご連絡願います。

(注) 高額な一部負担金等には、次のものが該当します。

- (1) あなた又はあなたの世帯員が、同一医療機関等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