

高額療養費・高額医療費支給に関する申立書

(平成 年 月診療分)

平成 年 月 日

会津若松市長

申立者氏名

印

下記のとおり申し立てます。

療養を受けた者の氏名	療養を受けた医療機関名	医療機関等で支払った一部負担金
		円
		円
		円
合 計		円

(注) この申立書は、高額な一部負担金を医療機関の窓口で支払った場合に提出してください。

なお、高額な一部負担金には、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
- (3) あなた又はあなたの世帯員が、老人医療受給対象者であつて、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医療費算定基準額以上のもの

記入例

高額療養費・高額医療費支給に関する申立書 (平成 16年 2 月診療分)			平成16年 3月25日 該当する 人に郵送 します。
会津若松市長			
申立者氏名 若松 花子 印			
下記のとおり申し立てます。			
療養を受けた者の氏名	療養を受けた医療機関名	医療機関等で支払った一部負担金	
若松 花子	福島総合病院	23,400	円
若松 一郎	会津歯科医院	25,600	円
合 計		49,000	円
同じ月・同じ保険証の方で、保険適用額21,000円以上の人を記入してください。			

(注) この申立書は、高額な一部負担金を医療機関の窓口で支払った場合に提出してください。

なお、高額な一部負担金には、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
- (3) あなた又はあなたの世帯員が、老人医療受給対象者であつて、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医療費算定基準額以上のもの