

(会津若松市 重度心身障がい者医療費・ひとり親家庭医療費 助成該当)

年 月 診療分

入院・外来・薬剤・他

①	被保険者証の記号・番号	島6-	②	世帯主氏名	
③	療養を受けた者の氏名	1	2		3
④	生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
⑤	個人番号				
⑥	被保険者等区分	1 一般 2 退職本人 3 退職扶養 4 高齢一般	1 一般 2 退職本人 3 退職扶養 4 高齢一般	1 一般 2 退職本人 3 退職扶養 4 高齢一般	1 一般 2 退職本人 3 退職扶養 4 高齢一般
⑦	傷病名 (第三者行為の有無)	診療報酬明細書のとおり (第三者行為の有無 有・無)	診療報酬明細書のとおり (第三者行為の有無 有・無)	診療報酬明細書のとおり (第三者行為の有無 有・無)	診療報酬明細書のとおり (第三者行為の有無 有・無)
⑧	病院・診療所・薬局等の名称				
	名称・所在地				
⑨	⑦の病院等で療養を受けた期間	年 月 日から 日 日まで (日間)	年 月 日から 日 日まで (日間)	年 月 日から 日 日まで (日間)	年 月 日から 日 日まで (日間)
⑩	⑧の期間中に支払った金額	円	円	円	円
⑪	他の制度による一部負担金の全額又は一部について支給が受けられるかどうか	1 受けられる (制度名) 2 受けられない	1 受けられる (制度名) 2 受けられない	1 受けられる (制度名) 2 受けられない	1 受けられる (制度名) 2 受けられない
⑫	⑩で受けられる場合費用徴収の有無	有・無	有・無	有・無	有・無
⑬	今回の申請の診療月以前1年間に3回以上高額療養費を受けた場合その直近の診療年月及び氏名	診療月	1回 年 月診療	2回 年 月診療	3回 年 月診療
		氏名			
	審査決定額 A				
	公費負担額 B				
	一部負担額 C (A-B)×0.				

上記のとおり申請します。
 なお、上記の者に係る高額療養費(会津若松市 重度心身障がい者医療費・ひとり親家庭医療費 助成該当)の受領に関する権限を会津若松市長に委任します。

年 月 日 世帯主 住所
 氏名
 個人番号
 電話番号
 提出者 世帯主の提出
 (世帯主と異なる場合)
 住所
 氏名 (世帯主との関係)
 電話番号

会津若松市長

太枠内は記入不要

高額区分			審査決定額 A					
1 一般			公費負担額 B					
2 退職本人	該当年月日	賦課	一部負担額 C					
3 退職扶養			0 上位所得(ア)	((A-B)×0.)				
4 高齢一般	負担区分	1 上位所得(イ)	<input type="checkbox"/> 標準額 <input type="checkbox"/> 1%加算額 <input type="checkbox"/> 限度額 D					
		2 課税(ウ)						
世帯合算	有 無	3 課税(エ)		高額療養費 E				
多数該当	有 無	4 非課税(オ)			(C-D)			

