

高額療養費の決定通知・不支給通知の書式について

流山市の医療費助成において、一部負担金が 21,000 円以上の場合は、加入する健康保険組合等の高額療養費の決定通知もしくは不支給決定通知のコピーの添付が必要です。健康保険組合に書式がない場合は、下記の高額療養費等支給証明書を健康保険組合等にご提出の上、内容の証明を受けたものを添付してください。

(お問い合わせ先：流山市役所 障害者支援課 TEL：04-7150-6081)

申請者の記入欄		
健康保険組合への申請年月日	年	月 日
被保険者氏名(生年月日)	(年 月 日生)	
対象者氏名(生年月日)	(年 月 日生)	
対象者連絡先		
保険組合名		
保険記号・番号	記号	番号
診療月	年	月

高額療養費支給証明書

※以下保険組合記入欄

高額療養費該当の有無	有	・ 無
付加給付金等該当の有無	有	・ 無

高額療養費「無」の場合、付加給付金等「無」の場合は、以下の回答は不要です。

所得区分	ア・イ・ウ・エ・オ ※いずれかに○をつけてください。				
合算・世帯合算・多数該当の有無	有(合算・世帯合算・多数該当) ・ 無				
高額療養費決定状況(世帯合算の場合は、該当者全員の記載をお願いします。)					
氏名	医療機関名	総医療費	一部負担額	高額療養費	自己負担限度額
		円	円	円	円
		円	円	円	
		円	円	円	
		円	円	円	
		円	円	円	
付加給付金等			円		
被保険者への支給状況		支給・支給予定 ※いずれかに○をつけてください。 年 月 日 支給(予定)			

上記のとおり証明します

年 月 日

保険者名 _____ (印)

ご担当者名 _____

電話番号 _____