

高額療養費等支給証明書について

保険診療の一部負担金が21,000円以上の場合は、高額療養費等支給証明書の添付が必要です（健康保険が発行する高額療養費等支給（不支給）決定通知書でも可）。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、証明を受けて添付してください。

（お問い合わせ先：流山市役所 子ども家庭課 給付係 04-7150-6082）

保護者の記入欄	
被保険者氏名	
子どもの氏名・生年月日	(年 月 日生)
保険記号・番号	記号 番号
診療月	年 月

健康保険御担当者様、上記のお子さまについて証明をお願いします。

高額療養費等支給証明書

健康保険記入欄 ※いずれかに○をつけてください。					
所得区分	ア・イ・ウ・エ・オ				
高額療養費該当の有無	有・無				
付加給付金該当の有無	有・無				
上記記入欄のいずれかが「有」の場合は、以下にも回答をお願いします。					
合算・世帯合算・多数該当の有無 ※該当するものに○をつけてください。	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	
家族療養付加給付金		円			
被保険者への支給状況 ※いずれかに○をつけてください。		年 月 日 支給済・支給予定・申請待ち			

上記のとおり証明します。

年 月 日

健康保険名

印

御担当者名

電話番号