

## 高額療養費等の該当・非該当証明願

(子ども医療・ひとり親家庭等医療用)

保険者様

申請者

住所

氏名

加入医療保険 記号

番号

対象者

氏名

子ども医療費又はひとり親家庭等医療費支払額算定のため、上記対象者に係わる  
**年 月**診療分、高額療養費等の該当・非該当の証明を願います。

## 高額療養費等の該当・非該当証明

証明者

保険者所在地

保険者名称

代表者又は責任者

印

電話番号

年 月 日

次のとおり 年 月 診療分、高額療養費等の該当・非該当を証明します。

被保険者氏名			
対象者氏名			
所得区分		<input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> エ <input type="checkbox"/> オ	
加入医療保険	名称	健保・国保・共済 全国健康保険協会	
	記号 番号	記号	番号
世帯合算		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
多数回該当		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
高額療養費該当・非該当		<input type="checkbox"/> 該当                      円 <input type="checkbox"/> 非該当	
世帯合算の内訳		(該当者)      (医療総点数)      (一部負担額)	
		点                      円	
		点                      円	
		点                      円	
上記以外に附加給付に該当し、被保険者に支給される金額		<input type="checkbox"/> あり (                      円) <input type="checkbox"/> なし	

※世帯合算、多数回該当の有無についても必ず記載してください。

保険者様

羽生市では、平成27年1月診療分から、現物給付（窓口払い廃止）を実施しておりますが、今回の医療費については、被保険者（受給資格者）が医療機関窓口で、一部負担金を支払っています。子ども医療費及びひとり親家庭等医療費は、保険者から支払われる高額療養費及び付加給付の金額を差し引いて助成をしております。つきましては、お忙しい中、大変恐縮ですが、子ども医療費及びひとり親家庭等医療費支給額算定のため、高額療養費等の該当・非該当について証明くださいますようお願いいたします。

付加給付の有無についても必ずご記入ください。

羽生市役所 子ども家庭課 子ども家庭係  
048-561-1121

記入例

高額療養費等の該当・非該当証明願

(子ども医療・ひとり親家庭等医療用)

保険者様

申請者

住所 羽生市東6丁目15番地

氏名 羽生 太郎

加入医療保険 記号 123

番号 4567

対象者

氏名 羽生 花子

申請者記入欄  
記入・押印してください

申請者は【対象者の被保険者】となります。  
(例) 父の保険に加入して入れば父

子ども医療費又はひとり親家庭等医療費支払額算定のため、上記対象者に係わる  
年 月 診療分、高額療養費等の該当・非該当の証明を願います。

高額療養費等の該当・非該当証明

証明者

保険者所在地 東京都〇〇〇〇

保険者名称 〇〇〇〇健康保険組合

代表者又は責任者 理事長 〇〇〇〇 印

年 月 日

← 記入日・押印日

次のとおり

年 月 診療分、高額療養費等の該当・非該当を証明します。

※事業所(会社)の方がこの用紙を受け取った場合は、お手数ですが、保険者様までご送付ください。

被保険者氏名  
対象者氏名  
保険組合記入欄

羽生 太郎

羽生 花子

所得区分

ア イ ウ エ オ

加入医療保険

名称

〇〇 (健保)・国保・共済  
全国健康保険協会

記号 番号

記号 123 番号 4567

世帯合算

あり なし

多数回該当

あり なし

高額療養費該当・非該当

該当 金額を記入円 非該当

世帯合算の内訳

(該当者) (医療総点数) (一部負担額)

・羽生 次郎 点 円

・  点数、一部負担金額を記入 点 円

・  点 円

上記以外に付加給付に該当し、被保険者に支給される金額

あり (5,000円) なし

付加給付の該当がない場合でもなしにチェックを入れてください。