

富山市高額療養費等給付状況確認書

令和 ○年 ○月 ○日

記載例

(宛先) 保険者
富山市長

〒 930-8510

(被保険者) 住所 富山市新桜町7番38号

氏名 富山 太郎

(連絡先)



申請(被保険者)記入欄

療養を受けた被保険者(被扶養者)	氏名	富山 一郎	加入保険	被保険者証記号・番号	000-000
	生年月日	平成○年○月○日		保険種別	国保・協会・組合・その他
	被保険者との続柄	子		保険者番号及び名称	160010 富山市

私は、医療費助成申請にあたり、その助成金額の算定のために、保険者が富山市に対して、当該診療に係る高額療養費の給付内容等の情報について開示することに同意します。

※診療(療養)内容

年 月分 診療 (入院・入院外)

診療機関等の所在地及び名称

保険診療点数

《記入について》

◆領収額が、1レセプトあたり、21,000円以上で、療養費支給決定通知書をお持ちでない場合は、この確認書を記入願います。(限度額認定証をご利用の場合も同様です。)

◆「申請(被保険)者記入欄」に必要事項を記入の上、押印をお願いします。

◆「診療(療養)内容」欄以降は記入しないでください。

高額療養費該当・非該当の

※上記で「該当」

①高額療養費支年4回以上

②世帯区分

③世帯合算

(「有」の場合、内訳欄の記入をお願いします。)

※対象者が5人以上の場合は特記事項にご記入ください。

④保険診療点数合計

⑤支給金額

(未支給の場合は、申請があった場合の支給予定金額)

(1)

有

無

対象者氏名

対象点数

自己負担額

1

2

3

4

点

点

点

点

円

円

(2)

付加給付金の有無

1. 有 (

円)

2. 無

(3)

特記事項

上記のとおり、高額療養費等の給付状況について証明します。

年 月 日

(宛先) 富山市長

[保険者の所在地及び名称]

所在地

名称

印

※療養費払支給決定額

円

※欄は、市で記入します。