

療 養 費 等 支 給 状 況 証 明 願

稲美町福祉医療費の助成請求に使用するため、下記の診療分にかかる療養費・高額療養費及び附加給付等の支給状況について、次により証明願います。

保険者（組合理事長） 様

令和 年 月 日

被保険者 住 所 稲美町

(組合員) 氏 名

記 号 番 号

【記入については、裏面を参照してください。】

証 明 書		※各項目について、記入または○で囲ってください。		
受 給 者	氏 名		A 保険診療に かかる費用	総点数×10 円
	生年月日	昭和 平成 年 月 日 令和	B (A×) 給付支給 決定額	円
医療機関等の 名 称		病 院 医 院 薬 局 そ の 他	C 高額療養費 支給決定額	円
種 類	医療費 療養費		D 附加給付額	円
診 療 月	平成・令和 年 月 診療分		E A-B-C-D	円
診 療 日 数	入 院 日 入院外 日		自己負担額	
受 給 者 番 号	移・障・乳・こ・母・高		備考	

上記の通り相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

保険者（組合理事長）

印

【療養費等支給状況証明書】の提出について

保険者（組合）の方へ

- この証明書は、稲美町の福祉医療費助成に係る支給額算定のために必要ですので、証明をお願いします。高額療養費や附加給付などの健康保険からの支給（給付）額を差し引いて、福祉医療費助成に係る支給額を算定します。
- レセプトごとに証明書が1枚必要です。ただし、同月に複数の医療機関等での受診・処方を受けている場合は、レセプトごとの医療費明細がわかる書類を添付いただければ、月ごとに1枚の証明でも結構です。（補装具等の場合も同様に記入してください。）
- 高額療養費や附加給付について、支給（給付）対象になるけれども未申請のため支給（給付）されていない場合は、被保険者（組合員）に申請を案内していただき、支給（給付）額が決定した後に、証明をしていただくようお願いします。

【証明書記入上のお願い】

- ① 高額療養費や附加給付の支給（給付）対象にならず、支給（給付）がない場合も、ない旨の証明が必要ですので、必ず記入してください。
- ② 支給（給付）がない旨は、備考欄にない旨を記入してください。
- ③ 「療養費等支給状況証明書」下部に保険者名等を記入・押印してください。
- ④ 記入・押印済みの「療養費等支給状況証明書」を被保険者（組合員）に交付してください。

ご不明な点がございましたら、下記までお問い合わせください。

(問合先)

〒675-1115 加古郡稲美町国岡1丁目1番地

稲美町 こども課 児童福祉係

TEL：(079) 492-9155 (直通)

午前8時30分～午後5時15分（土・日・祝日は除く）