

ひとり親家庭等医療費等助成計算書

受診者	氏名	
	被保険者との続柄	本人・家族
	生年月日	昭和・平成 年 月 日 ( 才)

※ 下欄太線内は、保険医療機関又は保険薬局で証明してもらってください。

医療機関 保険薬局 証明欄	診療・調剤報酬証明書 ( 入院 ・ 通院 ・ 調剤 ・ 歯科 )			
	※該当する1箇所には○印をつけてください。			
	保険種別	国保 ・ 組合 ・ 協会 ・ 共済 ・ 船舶 ※該当する1箇所には○印をつけてください。		
	診療・調剤月	年 月 分		
	入・通院延日数	日	保険診療総点数	点
	入院時食事療養費 本人負担額	( 円 × 日 )	公費負担額	有 ( 円 ) 無
	証明手数料	※習志野市では 200 円を 限度として助成しています。		
保険医療機関又は保 険薬局の名称 所在地・代表者名	上記の通り証明します。 年 月 日			
	代表者 (取扱者)		印 印)	

市 審 査 欄	高額療養費 [ 区分 多数月 限度額 _____ 円 給付額 _____ 円 ]			
	付加給付 [ 有・無 基準額 _____ 円以上 給付額 _____ 円 ]			
	他公費助成 [ 自立1割・難病2割・その他 月額(上限) _____ 円 ]			
	自己負担額 A	付加給付額等 B	一部負担額 C	助成交付額 D
円	有・無 円	1,000 円	D=A-B-C 円	
備考				