富山市高額療養費等給付状況確認書

記載例

令和　〇年　〇月　〇日

（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　富山㊞
（連絡先ＴＥＬ　０７６－１２３－４５６７　）

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	記　号　・　番　号	
	生年月日	令和〇年〇月〇日		保　険　種　別	国保・健保・船員・国共済・地共済・私学共済
	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　）

診療機関所在地及び

保険診療　円

《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。

保険者証明欄

(1)	高額療養費該当・非該当						
	※上記で「						
	①高額療養費 年４回以						
	②世帯区分						
	③世帯合算（「有」の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。	有・無	対象者氏名				4
			対象点数	点	点	点	点
			自己負担額	円	円	円	円
	④保険診療点数合計	点			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）	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　㊞

※療養費払支給決定額	円

※欄は、市で記入します。