

記入時注意事項

第3号様式（第5条第1項第3号）

栄町長 様

加入している健康保険組合などが記入。
申請者が記入する書類ではありません。

栄町高額療養費又は付加給付についての証明書

被 保 険 者	ふりがな 氏名		住所	
受 給 資 格 者	ふりがな 氏名		生年 月日	
該 当 月	年 月分			
高額療養費の 有 無	有 ・ 無	支給額		
付 加 給 付 の 有 無	有 ・ 無	支給額		
内 容 (有 の 場 合)				

この証明は、健康保険組合等において、高額療養費や医療給付付加金等の受給があるか、確認のための書類となります。加入している健康保険組合に記入を依頼してください。（記入不可の場合はご連絡ください。）

下記の申請に該当するか、必ず事前にご確認ください。

- ・医療保険の高額療養費支給
- ・健康保険組合などの医療付加金支給

該当する場合、支給決定後の申請となります。（支給決定までに約3か月かかります）

①国民健康保険加入者はこの書類の提出の必要はありませんが、高額療養費支給決定書（届くの、に、受診後約3か月位かかります）をご提出ください。

②協会健保加入者の方もこの書類の提出の必要はありませんが、代わりとなる書類が必要となる場合があります。申請前にこども家庭センターにご連絡ください。

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

健康保険組合等保険者名

住 所

代表者名

印