

# 高額療養費等支給状況証明書

太枠内申請者記入

治療を受けた方が使用した保険証の被保険者を記入してください。

加入医療保険者 様

申請者（被保険者） 住 所 三郷市花和田 648 番地 1  
氏 名 三郷 太郎  
電話番号 090-〇〇〇〇-××××

三郷市早期不妊治療費助成事業の申請に使用するため、次の診療月における高額療養費等の支給状況について証明願います。

保険証を見ながら記入してください。

被保険者証	記号 *****	番号 *****
対象者	三郷 花子	生年月日 平成〇〇年〇〇月〇〇日
診療月	令和4年 12月	診療分

治療を受けた方の名前を記入してください。

1か月の支払額合計が21,000円以上になった月を記入してください。

上記記載の診療月における内容を記入してください。

以下保険組合記入欄

被保険者氏名	三郷 太郎		
高額療養費所得区分	ア イ <b>ウ</b> エ オ	限度額適用証の発行	<b>なし</b> ・ あり
高額療養費の支給	なし ・ <b>あり</b>	→支給額 <b>32,770</b> 円 (うち限度額適用認定証による現物給付 円)	
世帯合算	なし ・ <b>あり</b>	→ありの場合該当者全員の医療の状況記載	
	該当者	総医療費	一部負担額
	三郷 花子	80,000 円	24,000 円
	三郷 次郎	300,000 円	90,000 円
多数該当	<b>なし</b> ・ あり →	回目	
付加給付等の支給	なし ・ <b>あり</b>	支給額	<b>14,000</b> 円
備考			

上記のとおり証明します。

令和〇年〇〇月〇〇日

(保険者) 所在地  
名 称  
電話番号  
担当者名

〇〇県〇〇市〇〇\*—\*—\*  
〇〇健康保険組合〇〇支部 印  
〇〇〇—×××—△△△△  
●●