保険給付金支給（不支給）証明書

保険適用の診療で自己負担額が21,000円以上の場合は、ご加入の健康保険組合等から高額療養費等が支給される可能性があります。

医療費の支給申請をされる際には、高額療養費等の有無を確認できる書類の添付が必要です。ご加入の健康保険組合等に以下の証明をもらってください。

※「支給（不支給）決定通知書」がご加入の健康保険組合等から発行されている場合はそちらをお持ちください。

被保険者 記号・番号		被保険者 氏名	
診療年月	年 月 診療分	受給者氏名	

高額療養費等			
高額療養費	有 ・ 無 (単独・多数該当・世帯合算)	支給年月日	年 月 日
付加給付	有 ・ 無	支給年月日	年 月 日

高額療養費等・付加給付が「有」の場合は下記をご記入ください。

高額療養費対象者氏名	医療費総額	負担割合	自己負担額	高額療養費	家族療養費 付加金
	円	割	円	円	円
世帯の所得区分	区分ア ・ 区分イ ・ 区分ウ ・ 区分エ ・ 区分オ				
備考					

上記のとおり証明します。

令和 年 月 日 保険者名

印

電話番号

※ 用紙が不足する場合はコピーしてお使いください。

問い合わせ先 尾張旭市役所健康福祉部保険医療課

【電話】0561-76-8152（直通）