

保険給付証明申請書

被保険者証記号番号	被保険者（組合員）氏名	対象者（診療を受けた者）氏名
		大・昭・平・令 年 月 日生まれ
診療を受けた年月	診療の種類	病院等の名称
令和 年 月	入・外・歯・薬・柔整・はり灸 治療用装具・訪問看護	

標記について、大牟田市の（子ども・重度障害者・ひとり親家庭等）医療費の払い戻しの申請のために必要です。ので、該当の診療に対する給付金の支給について、下記様式により証明してください。

令和 年 月 日

保険者様

住所

被保険者（組合員）氏名 ㊞

保険給付証明書

対象者氏名 (診療を受けた者)	(年 月 日生)	※	※
診療内容	入・外・歯・薬・柔整・はり灸 治療用装具・訪問看護	※入・外・歯・薬・柔整・はり灸 治療用装具・訪問看護	※入・外・歯・薬・柔整・はり灸 治療用装具・訪問看護
診療年月	令和 年 月	※令和 年 月	※令和 年 月
病院などの 名称・所在地		※	※
① 医療費総額 (総医療点数×10)	円	※	円
② 他法負担額	円	※	円
③ 保 負 担 者 額	イ. 一般負担額	円	※
	ロ. 高額療養費	円	所得区分 □ア □イ □ウ □エ □オ
	ハ. 附加給付額	円	
支給日(予定含む)	令和 年 月 日		
備考			

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

保険者

㊞

受給者の皆様へ

「保険給付証明書」の提出について(お願い)

大牟田市の医療費の払戻しのために、あなたが加入している健康保険の「保険給付証明書」が必要です。裏面の「保険給付証明申請書」に払い戻しを受けようとする診療を記入し、あなたが加入している健康保険の保険者の証明を受けて、他の必要書類とともに大牟田市役所子ども家庭課へ提出してください。(証明の受け方については、お勤めの会社または事業所におたずねください。)
なお、ご不明な点があるときは、子ども家庭課(Tel. 0944-41-2661)へお問い合わせください。

保険者各位

(裏面の「保険給付証明書」は、下記の要領にて記入してください。)

「保険給付証明書」の記入方法

- レセプト1枚毎に証明してください。
(注) 装具等の療養費も、1ヶ月(1件)につき1枚証明してください。
- 同月に、本人または家族の診療で、合算高額療養費、附加給付(家族療養附加給付金)の給付対象となるものがある場合は、対象となる医療費を※印欄に記入してください。
- 給付額欄のうち、該当する額がない場合は、0円と記入してください。
- 誤って記入した場合は、公印にて訂正印を押した上、訂正してください。

<記入項目の説明>

①医療費総額

レセプトの総医療点数の10倍の金額を記入してください。

②他法負担額

法律に基づく公費負担医療(例: 障害者総合支援法による更正医療等)が行われた場合に、レセプトの公費分点数の10倍の金額を記入してください。

③保険者負担額

イ. 一般負担額

医療費総額(食事療養を除く)に占める保険者の一般給付額を記入してください。

(注)高額療養費は含まないでください。

ロ. 高額療養費

高額療養費の金額及び所得区分を記入してください。

(注)本人、または家族との合算高額療養費がある場合は、高額合算療養費の総額を記入し、※印欄に合算対象の診療の内訳を記入してください。

ハ. 附加給付金

附加給付金の支給がある場合は、その金額を記入してください。

(注)本人、または家族との合算附加給付金がある場合は、合算附加給付金の総額を記入し、※印欄に合算対象の診療の内訳を記入してください。

※高額療養費及び附加給付金については、支給する額及び支給日(予定を含む)を記入してください。