

長保号外
令和 年 月 日

御中

長久手市長 吉田 一平 ㊟

福祉医療費受給資格者の高額療養費等の給付状況照会(依頼)

本市福祉医療費支給事業では、高額療養費及び付加給付等(以下、高額療養費等)の相当額を助成の範囲から除外しております。つきましては、下記の健康保険組合様記入欄に支給状況の詳細をご回答く

1 被保険者同意欄

私は、長久手市の福祉医療費助成制度にかかる高額療養費等の支給状況、医療費金額及び医療点数(保険診療分)を同市が確認するために必要な個人情報(私及び私の世帯に係る高額療養費等の算出過程、金額及び支給状況など)について、長久手市が健康保険組合から情報提供を受ける事を同意します。

被保険者住所			
被保険者氏名	㊟	生年月日	年 月 日
福祉医療助成対象者		生年月日	年 月 日
健康保険証	記号		番号
対象診療月			

2 健康保険組合様記入欄(健保様の様式で代用可)

月診療分高額療養費等(R 年 月 日 事業所経由被保険者宛支給済・支給予定)			
高額療養費等の有無	有・無	高額療養費等支給額	円
高額療養費等 世帯状況詳細	高額療養費等対象者	総医療費	自己負担割合
		円	2・3
	合計	円	2・3
世帯の 所得区分	ア・イ・ウ・エ・オ・多数		

月診療分高額療養費等(R 年 月 日 事業所経由被保険者宛支給済・支給予定)			
高額療養費等の有無	有・無	高額療養費等支給額	円
高額療養費等 世帯状況詳細	高額療養費等対象者	総医療費	自己負担割合
		円	2・3
	合計	円	2・3
世帯の 所得区分	ア・イ・ウ・エ・オ・多数		

本紙のとおり証明します。

年 月 日 保険者名 ㊟

(宛先)長久手市長 担当者名

電話番号