

高額療養費等の支給状況等に関する証明願

年 月 日

加入医療保険者 様

申請者（被保険者） 住所
氏名
連絡先

⑩

草加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及び付加給付等の支給状況等について証明を願います。

被保険者証	記号		番号	
対象者	氏名		生年月日	年 月 日
診療月	年 月 診療分			

点線内 加入保険者記入欄

高額療養費等の支給状況等に関する証明書

被保険者氏名			
上記診療月の総医療費の額	円		
高額療養費所得区分	ア イ ウ エ オ	限度額適用認定証の発行	なし・あり
高額療養費の支給	なし・あり→支給額 円 (うち限度額適用認定証による現物給付額 円)		
世帯合算	なし・あり→該当者全員の医療の状況を記載してください。		
	該当者 (対象者)	総医療費	一部負担額
		円	円
		円	円
多数該当	なし・あり→ 回目		
付加給付等の支給	なし・あり→支給額 円		
備考			

上記のとおり証明します。

年 月 日

保険者 所在地
名称
連絡先

⑩

(ご担当者名)

保険者様

草加市では、生殖補助医療を受療した市民に対し助成金を支給しています。助成額は、保険適用された医療費の自己負担額から、高額療養費や付加給付等の保険者様から被保険者（受療者）様へ支給される金額を控除して決定するため、受療者様には高額療養費や付加給付等の支給状況や金額等がわかる書類の提出をお願いしております。

つきましては、お忙しいところ大変恐縮ですが、草加市早期不妊治療費助成金額を適正に算定するため、ご証明くださいますようお願いいたします。

* 本証明は、高額療養費や付加給付額においては保険者様から発行される『支給決定通知』等により代用可能です。（限度額適用認定とは別で付加給付がある場合には、付加給付額分についての証明が必要となります。）

* 高額療養費や付加給付等に該当しない場合も、お手数ではございますが、該当する所得区分に☑のうえ、支給欄は「☑なし」としてご証明ください。

問合せ先 草加市役所 健康づくり課

電話 048-922-1156（平日 午前8時30分から午後5時まで）FAX 048-922-1516

記入要領

申請者の方

健康保険から発行される支給決定通知書や限度額適用認定証がない場合（紛失した場合含む）に必要です。様式の上部太枠内（左図の網かけ部分）を記入し、加入している健康保険組合へ提出してください。

”申請者（被保険者）”は、治療を受けた方が「本人」の保険証を使っている方は治療を受けた方の氏名を、家族扶養の保険証を使っている方は直接保険に加入している方（「本人」の保険証を使っている方）の氏名を記入してください。

”被保険者証”は、保険証を見ながら記入してください。

”対象者”は、治療を受けた方の名前を書いてください。

”診療月”は、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。

保険者の方

証明願に記載してある診療月における高額療養費及び付加給付等の該当の有無及び該当ありの場合はそれぞれの金額を記入してください。

作成した証明書は、申請者へ交付してください。

申請者から草加市に提出されたあと、草加市から確認のためにご連絡する場合がありますので、お手数ではございますが、ご協力いただきますようお願いいたします。

高額療養費等の支給状況等に関する証明願
令和 * 年** 月** 日

加入医療保険者様

申請者（被保険者） 住所 草加市高砂 1-1-1
氏名 草加 春夫
連絡先 048-922-****

草加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及び付加給付等の支給状況等について証明をお願いします。

被保険者証	記号	*****	番号	*****
対象者	氏名	草加 夏子	生年月日	平成** 年** 月** 日
診療月	令和5 年** 月診療分			

高額療養費等の支給状況等に関する証明書

被保険者氏名	草加 春夫		
上記診療月の総医療費の額	380,000 円		
高額療養費所得区分	ア イ ウ エ オ	限度額適用認定証の発行	なし あり
高額療養費の支給	なし あり →支給額	32,770 円	(うち限度額適用認定証による現物給付額 円)
世帯合算	なし・あり→該当者全員の医療の状況を記載してください。		
	該当者	総医療費	一部負担額
	(対象者) 草加 夏子	80,000 円	24,000 円
	草加 秋彦	300,000 円	90,000 円
多数該当	なし ・あり→ 回目		
付加給付等の支給	なし あり →支給額	31,200 円	
備考	付加給付は、自己負担額から50,000円を控除した額(100円未満切捨て)		

上記のとおり証明します。

令和 * 年** 月** 日

保険者 所在地 ○○県○○市○○*-*-*
名称 ○○健康保険組合○○支部
連絡先 ***-***-**** (ご担当者名 ●●)

※記入に当たっては、裏面を参照してください。