

熊本市 子ども医療費助成制度 ひとり親家庭医療費助成制度 ～保険者からの情報提供に関する同意書～

私は、熊本市の各医療費助成制度の計算のため、必要な下欄の保険者回答欄に係る情報を保険者を通じて熊本市に提供することに同意します。

令和 年 月 日

被保険者(組合員)氏名 _____ 印 _____

被保険者記入欄

【医療費助成制度】 記号番号 または 受給者番号	子ども医療費 記号番号 (受給者証にある9ケタの記号及び番号) <table border="1"><tr><td>二</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	二								
	二									
ひとり親家庭医療費 受給者番号 (受給者証にある9ケタの番号) <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
受診者	氏名 _____ 性別 男・女 S・H・R 年 月 日生 診療月 H・R 年 月～H・R 年 月 資格取得日(認定年月日) S・H・R 年 月 日									
加入保険	保険者名 _____ 国保組合・健保組合・共済組合 全国健康保険協会 _____ 支部 _____ 保険者番号 _____ 記号 _____ 番号 _____									

保険者回答欄

熊本市長 宛

下記のとおり回答いたします。

令和 年 月 日

高額療養費被保険者所得区分	多数回該当	世帯合算	
(ア) (イ) (ウ) (エ) (オ)	該当あり 該当なし	該当あり 該当なし	
該当月	申請の有無	高額療養費	附加給付金
H・R 年 月分	有 無 自動給付	円	円

※該当がない場合は、0円と記入ください。※複数月にまたがる場合は裏面に記入ください。

※総点数もレセプトごとにご記入ください。(世帯合算の場合は該当者全員分)

氏名 () 点 ()

保険者名 _____

高額療養費被保険者所得区分		多数回該当		世帯合算	
(ア) (イ) (ウ) (エ) (オ)		該当あり 該当なし		該当あり 該当なし	
該当月	申請の有無	高額療養費		附加給付金	
H・R 年 月分	有 無 自動給付	円		円	

※総点数もご記入ください。(世帯合算該当は該当者全員分)氏名()点()

高額療養費被保険者所得区分		多数回該当		世帯合算	
(ア) (イ) (ウ) (エ) (オ)		該当あり 該当なし		該当あり 該当なし	
該当月	申請の有無	高額療養費		附加給付金	
H・R 年 月分	有 無 自動給付	円		円	

※総点数もご記入ください。(世帯合算該当は該当者全員分)氏名()点()

高額療養費被保険者所得区分		多数回該当		世帯合算	
(ア) (イ) (ウ) (エ) (オ)		該当あり 該当なし		該当あり 該当なし	
該当月	申請の有無	高額療養費		附加給付金	
H・R 年 月分	有 無 自動給付	円		円	

※総点数もご記入ください。(世帯合算該当は該当者全員分)氏名()点()

高額療養費被保険者所得区分		多数回該当		世帯合算	
(ア) (イ) (ウ) (エ) (オ)		該当あり 該当なし		該当あり 該当なし	
該当月	申請の有無	高額療養費		附加給付金	
H・R 年 月分	有 無 自動給付	円		円	

※総点数もご記入ください。(世帯合算該当は該当者全員分)氏名()点()

高額療養費被保険者所得区分		多数回該当		世帯合算	
(ア) (イ) (ウ) (エ) (オ)		該当あり 該当なし		該当あり 該当なし	
該当月	申請の有無	高額療養費		附加給付金	
H・R 年 月分	有 無 自動給付	円		円	

※総点数もご記入ください。(世帯合算該当は該当者全員分)氏名()点()