

# 高額療養費該当届書

平成 年 月 日

(宛先) 前橋市長

受給資格者番号

住所

氏名

印

年 月の医療費は次の○印を付した高額療養費等に該当し、社会保険関係各法により自己負担額が軽減されるので届け出ます。

## 1 世帯合算

世帯合算による自己負担額軽減による差額分は貴市へ返還します。

## 2 多数該当

ア 私に代わり市長が保険医療機関等に支払うべき福祉医療費は、多数該当適用後の自己負担限度額まででお願いします。  
なお、これを超える額は、私が医療機関窓口で支払います。

(医療機関名 )

イ 私に代わり市長が保険医療機関等に支払うべき福祉医療費は、多数該当適用前の自己負担限度額まででお願いします。  
なお、多数該当適用により自己負担限度額が軽減された場合、その差額分は、必ず貴市へ返還します。

## 3 70歳以上の者に係る高額療養費の支給

高額療養費支給額は貴市へ返還します。

## 4 高額介護合算療養費の支給

高額介護合算療養費支給額は貴市へ返還します。