

様式第5号

高額医療費の支給（不支給）を確認できる書類の提出について

深谷市の不妊治療費補助事業の申請において、一部負担が21,000円以上の場合には健康保険組合等の高額医療費支給（不支給）決定通知書の写しの添付が必要です。

健康保険組合等に決定通知書の様式がない場合には、健康保険組合等へこの様式を提出して証明を受けて、深谷市不妊治療費補助事業申請書に添付してください。

*** 高額医療費の申請をしている方（健康保険組合等の決定通知書がある場合）**

高額療養費の「支給（不支給）決定通知書」を深谷市不妊治療費補助事業申請書に添付してください。

*** 健康保険組合等に様式がない場合（以下について証明をお願いします。）**

（1）申請者の記入欄

申請日	年 月 日	日中連絡の取れる 電話番号	
被保険者氏名		生年月日	年 月 日
助成金対象者		生年月日	年 月 日
健康保険組合名			
健康保険証	記号	番号	
診療月	年 月		

（2）健康保険組合等の記入欄

高額療養費該当の有無	有 ・ 無
------------	-------

高額療養費該当「無」の場合は、以下の回答は不要です。

所得区分	ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ ※いずれかに○を付けてください
合算・世帯合算・多数該当の有無	有（合算 ・ 世帯合算 ・ 多数該当） ・ 無

高額療養費決定状況（世帯合算の場合は該当者全員の記載をお願いします。）

氏名	総医療費	一部負担金	高額療養費	自己負担限度額
	円	円	円	円
	円	円	円	
	円	円	円	
	円	円	円	
	円	円	円	
支給状況	年 月 日 支給（支給予定）			

上記のとおり証明します。

年 月 日

保険者名
担当者名
電話番号

印