

福祉医療費助成のための高額療養費等支給(不支給)確認書類の提出についてのお願い

- ◆ひと月にかかる医療費が高額になると、健康保険組合等から高額療養費等の支給がされる場合があります。特に高額療養費は支給の対象になる場合は健康保険組合等から支給される金額を差し引いて支給する必要があります。
- ◆自己負担額20,000円以上の福祉医療費の助成を申請される際には、高額療養費等支給の有無が確認できる書類をご提出いただく必要があります。
- ◆下記のA、Bのどちらかのパターンになります。
- A 支給決定通知もしくは不支給決定通知が発行されている場合**
→支給(不支給)決定通知をお持ちください。下記の記入は不要です。
- B 支給決定通知または不支給決定通知が発行されていない場合**
→下記の1 被保険者記入欄にご記入押印のうえ、2加入健康保険記入欄、加入健康保険組合等による証明を受けていただきご持参ください。

1 被保険者記入欄 (※受給者もしくはご家族様にご記入いただく欄です)

被保険者	氏名			生年月日	
	記号		番号		
受給者 (子ども医療の 場合は子)	氏名			生年月日	
	住所				
	受給者番号		対象診療月	年	月分

健康保険組合等が下記に記入した保険給付額を差し引いて福祉医療費を助成することを了承します。

受給者名(子ども医療の場合は被保険者名) _____

2 加入健康保険記入欄 (※加入されている保険の事務局の方に、上記の対象診療月についてご記入いただく欄です。)

① 高額療養費	高額療養費に該当しますか。		有・無	限度額区分	ア・イ・ウ・エ・オ	
	高額療養費該当の場合につきましては以下の詳細欄をご記入ください。無の場合は②付加給付に進んでください。					
	詳細	対象者氏名	総医療費	自己負担割合	自己負担額(現物)	
			円	割	円	
			円	割	円	
		合計	円	割	円	
高額療養費支給額	円	世帯合算	有・無	世帯自己負担限度額	円	
② 付加給付金等	付加給付に該当しますか。		有・無	有の場合	円	
	有の場合につきましては以下の詳細欄をご記入ください。無の場合は③に進んでください。					
	支給基準	ア 月ごと イ 受診者ごと ウ 医療機関ごと エ 入院・外来・医科・歯科ごと オ その他()				
		※あてはまる基準すべてに○をつけてください。				
		自己負担額から()円を差し引いた額を支給 算出額が()円以内の時は不支給、算出額の()円未満は不算定				
	付加給付金等の回収を行いますか。					
<input type="checkbox"/> 回収する(市が自己負担分を助成)		回収予定年月日	年	月	日	
<input type="checkbox"/> 回収しない(市が自己負担分から付加給付金等を差し引いた額を助成)						
③ ご担当者名等	以上のとおり回答します。					
	年	月	日	保険者名		
	(宛先)みよし市保険年金課長		担当者名			
			電話番号			