

福祉医療費助成のための高額療養費等支給(不支給)について

記入例

裏面を確認していただき、必要事項を記入してください。

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。
また、みよし市が保険者に対して高額療養費の支給決定に係る医療費の情報を照会することに同意します。

被保険者(自署) _____

受給者名(被保険者と同じ場合は同上) _____

世帯合算有の場合は、対象となる方全員の情報を記入してください。

2 加入健康保険 (※加入健康保険の事務担当者の方に、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 | |
| | 高額療養費に該当無の場合は以下の詳細欄をご記入ください。該当無の場合は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 |
| | | | | | 円 |
| 合計 | | | | 円 | |
| | 高額療養費支給額 | | | 円 | |

医療機関で限度額適用認定証を提示し、限度額を支払した場合等も貴保険の療養費対象額を記入してください。
(例) 総医療費120,000円、自己負担割合3割、限度額35,400円の場合
36,000円が自己負担額となります。

| | | | | | |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------|------|---|--|
| 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 | |
| | 付加給付該当有の場合は以下の詳細欄をご記入ください。該当無の場合は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) | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 回収しない(市が自己負担分から付加給付) | | | | | |

付加給付金等を支給されている場合、付加給付金等は法定給付ではないため、貴健康保険組合等において回収に努められることと思いますが、回収を行わない場合につきましては、付加給付金等を差し引いた額を助成します。
貴健康保険組合等においてを把握する必要があるため、ご回答をお願いします。

| | | | | |
|----------|----------------|------|--|--|
| ③ ご担当者名等 | 上記のとおり回答します。 | | | |
| | 年 月 日 | 氏名 | | |
| | (宛先)みよし市保険健康課長 | 担当者名 | | |
| | | 電話番号 | | |

署名必要
押印不要