

# 高額療養費の支給(不支給)を確認できる書類の提出についてお願い

保険適用診療の総医療費点数が7,000点以上(小学生未満は、10,500点以上)【自己負担額が21,000円以上】の場合、ご加入の健康保険組合等から高額療養費等が支給される可能性があります。

医療費の助成を申請される際には、高額療養費の有無を確認できる書類が必要ですので、ご加入の健康保険組合等に、高額療養費等の「支給(不支給)決定通知書」の発行の有無についてご確認のうえ、以下の書類をお持ちください。

○ **発行がある場合**

⇒ 高額療養費等の「支給(不支給)決定通知書」をお持ちください。

○ **発行がない場合**

⇒ 以下の「1 被保険者記入欄」をご記入・ご押印のうえ、「2 ご加入の健康保険組合等記入欄」に、ご加入の健康保険組合等による証明をいただきご持参ください。

**1 被保険者記入欄 (裏面の記入方法を参考にしてください)**

被保険者	氏名	⑩	生年月日	年	月	日
福祉医療費助成対象者	氏名		生年月日	年	月	日
健康保険証	記号	番号	対象診療年月	年	月	

< **健康保険組合等 ご担当者様** >

「1 被保険者記入欄」の「福祉医療費助成対象者」は、本市の福祉医療費助成対象者です。

つきましては、医療費を助成するために、高額療養費等の有無を確認する必要がありますので、以下の

「2 ご加入の健康保険組合等記入欄」にご記入・ご押印のうえ、証明いただきますようお願いいたします。

**2 ご加入の健康保険組合等記入欄 (裏面の記入方法を参考にしてください)**

高額療養費	有・無 (現物給付のみの場合は“無”)	“有”の場合⇒	円	支給年月日	年	月	日
	高額療養費が“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。						
	詳細	高額療養費対象者氏名	総医療費	自己負担割合	自己負担額		
			円	割	円		
			円	割	円		
			円	割	円		
			円	割	円		
合計		円		円			
世帯の所得区分	上位所得・一般・住民税非課税		世帯の自己負担限度額		円		
付加給付金等	支給・不支給	“支給”の場合⇒	円	支給年月日	年	月	日
	付加給付金等を“支給”される場合につきましては、以下の項目を選択してください。						
	<input type="checkbox"/> 回収する	市が自己負担額全額を助成します。		回収予定年月日	年	月	日
	<input type="checkbox"/> 回収しない	市が自己負担額から付加給付金等を差し引いた額を助成します。					
以上のとおり証明します。							
年 月 日			保険者名 ⑩				
(宛先)瀬戸市長			担当者名				
			電話番号 ( ) -				

# 高額療養費の支給(不支給)を確認できる書類の提出についてのごお願い

## 記入方法

被保険者の氏名等をご記入ください。

医療費助成を受けられている方の氏名等をご記入ください。

### 1 被保険者記入欄

被保険者	氏名	瀬戸 太郎		生年月日	S〇〇 年 〇 月 〇 日	
福祉医療費助成対象者	氏名	瀬戸 花子		生年月日	S△△ 年 △ 月 〇 日	
健康保険証	記号	111	番号	22222	対象診療年月	H〇〇 年 △ 月

健康保険証をご確認ください。

の箇所については、選択してください。現物給付のみの場合は”無”を選択してください。

### 2 ご加入の健康保険組合

高額療養費	<input checked="" type="radio"/> 有	無	”有”の場合⇒	9,570	円	支給年月日	H〇〇 年 △ 月 △ 日	
	高額療養費が”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。							
	詳細	高額療養費対象者氏名		総医療費		自己負担割合	自己負担額	
		瀬戸 花子		300,000	円	3 割	90,000	円
					円	割		円
					円	割		円
合計		300,000	円		90,000	円		
	世帯の所得区分	上位所得	<input checked="" type="radio"/> 一般	住民税非課税	世帯の自己負担限度額	80,430	円	
付加給付金等	<input checked="" type="radio"/> 支給	不支給	”支給”の場合⇒	24,000	円	支給年月日	H〇〇 年 △ 月 〇 日	
	付加給付金等を”支給”される場合につきましては、以下の項目を選択してください。							
	<input type="checkbox"/> 回収する	市が自己負担額全額を助成します。			回収予定年月日	年 月 日		
<input checked="" type="checkbox"/> 回収しない	市が自己負担額から付加給付金等を差し引いた額を助成します。							
以上のとおり記述します。								
年 日		保険者名		<input checked="" type="checkbox"/>				
(宛先)瀬		担当者名						
		電話番号 ( )		-				

福祉医療費助成対象者の保険適用診療分の自己負担相当額につきましては、医療費の助成申請に基づいて助成(償還払い)する予定ですので、福祉医療費助成対象者の負担がなくなります。

付加給付金等を支給されている場合につきましては、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、回収に努められ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。

そこで、貴健康保険組合等においての状況を確認する必要があるためご回答ください。