様式第５号(第７条関係)

は　い　→**Ａ**へ　・　いいえ　→**Ｂ**へ

は　い　→**Ａ**へ　・　いいえ　→**２**へ

(表面)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 福島市子ども医療費助成申請書  福島市長　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日  住　 所　福島市  受給資格者  氏　 名　　  　　　　　　　　　　　（電話　　） | | | | | | | | | | | ◎受給資格者記入欄 |
| 受給資格  者証番号 |  |  |  |  |  |  | フリガナ |  | 生年  月日 | 平成  令和　　年　　月　　日 |
| 子どもの  氏 名 |  |
| ◎　受領金額が**２１，０００円以上の場合**は、次の質問にお答えください。  **１**．お子さんの診療費は、自己負担限度額（裏面参照）を超えていますか？  　　該当する方に○を付けてください。  **２**．お子さんが診療を受けた月に、同じ保険証に加入の方が２１，０００円以上の診療を受けて、お子さんとの合計額が自己負担限度額(裏面参照)を超えていますか？  　　該当する方に○を付けてください。  **Ａ**．「はい」の方は、加入している保険者が発行する「高額療養費支給決定通知書」や「医療費のお知らせ」などを添付して、高額療養費がわかるように申請してください。  **Ｂ**．「いいえ」の方は、そのまま申請してください。  ただし、家族療養費などの附加給付金が給付される場合は「医療費のお知らせ」などを添付していただく必要があります。 | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **保険診療証明書**  下記のとおり証明します。  医療機関コード　　　  住　所 | | | | | | | | | | | | | | | | ◎医療機関等・証明欄 |
|  | ※　診療科  　　コード | |  |  | |  | | 保険医療機関等　名　称 | | | | | | | |
| 氏 名　　　　　　 　 　　　　　　　　　　㊞  ※医療機関では記入しないこと。 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 診療年月 | | | | | 平成  令和　　　年　　月 | | | | | 保険診療の  合計点数 | | 点 | | 公費負担医療等 | ・育　成  ・養　育  ・精　神  ・特　疾  ・指　難  ・その他 |
| 入院・入院外等の別 | | | | | 入院 ・ 入院外 ・ その他  （限度額認定証　有 ・ 無 ） | | | | |
| 受領金額  （保険診療分のみ） | | 円 | |
| 診療日数 | | | | | 日 | | | | |
| 入院期間 | | | | | 年　　月　　日から  年　　月　　日まで | | | | |
| 入院時食事療養費 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 食事  提供回数 | | 回 | | | | | 定額負担額 | | 円 | | 定額負担月額  (提供回数×定額  負担額) | | 円 | | |

◎この欄は記入しないでください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 高額療養費支給額 | 附加給付額 | 助成決定額 |
| 円 | 円 | 円 |

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

**～　申請前に必ずお読みください　～**

(裏面)

**福島市では、保険者から支給される高額療養費及び附加給付金を差し引いて助成します。**

**下記に該当する方は、ご加入の健康保険にお手続きをお願いします。**

**１　高額療養費について**

病気による入院などで医療費の自己負担額が高額になる場合があります。そのような場合に負担を軽減するための措置として、自己負担限度額を超えた分の医療費がご加入の健康保険から高額療養費として支給されます。

なお、課税状況や所得により自己負担限度額が異なりますので、詳しくはご加入の健康保険に確認してください。

高額療養費に該当するのは、次のいずれかのときです。

(1)下表の限度額を超えたとき。

(2)合算基準額２１，０００円以上の自己負担額が、同じ月、同じ世帯で２件以上あり、合計して限度額を超えたとき。

(3)１年以内に、同じ世帯で４回以上高額療養費の支給を受けたときは、４回目から４回目以降の限度額に変わります。

高額療養費自己負担限度額（70歳未満の方（１ヶ月当たり））

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区　分 | 限　度　額 | ４回目以降の限度額 |
| 上位所得者：ア  (標準報酬月額83万円以上) | 252,600円  ＋(総医療費(10割)‐842,000)×1％ | 140,100円 |
| 上位所得者：イ  (標準報酬月額53万円～79万円) | 167,400円  ＋(総医療費(10割)‐558,000)×1％ | 93,000円 |
| 一般所得者：ウ  (標準報酬月額28万円～50万円) | 80,100円  ＋(総医療費(10割)‐267,000)×1％ | 44,400円 |
| 一般所得者：エ  (標準報酬月額26万円以下) | 57,600円 | 44,400円 |
| 市民税(住民税)非課税世帯：オ | 35,400円 | 24,600円 |

※総医療費には、保険診療対象外の費用及び入院時食事療養費は含まれません。

**２　附加給付金について**

附加給付金は健康保険により支給基準が異なります。支給についてご不明な場合は、ご加入の健康保険に確認してください。※全国健康保険協会、国民健康保険、後期高齢者医療保険には附加給付制度はありません。

**３　申請上の留意事項**

偽りその他不正の申し立てによって助成を受けた場合は、該当助成額の全部又は一部を返還していただきます。

（お問い合わせ）共生社会推進課医療助成係　０２４－５２５－３７４７