

重度心身障がい者医療費助成申請書										
福島市長					令和 年 月 日					
申請者					住所 福島市					
氏名					(電話 - -)					
受給資格者証番号					受給資格者	氏名				
健康保険証記号・番号						生年月日	年	月	日	
※保険者コード										
<p>◎ 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。 （後期高齢者医療制度に加入されている方は記入不要です。）</p> <p>・ 診療を受けた月に、<u>同じ保険に加入している方も含めて</u>、21,000円以上の診療の合計金額が自己負担限度額（裏面参照）を超えていますか。</p> <p style="text-align: center;">はい ・ いいえ</p> <p>○ 「はい」の方は「高額療養費支給決定通知書」等を添付し、申請してください。</p> <p>○ 健康保険組合等に加入していて、家族療養費などの附加給付が給付される場合も金額の分かる通知書等を添付してください。</p>										

◎ 申請者記入欄（※印の欄は記入しないでください。）
裏面の注意事項を確認の上、「」記入ください。

保険診療証明書									
次のとおり証明します。					医療機関コード				
所在					名称				
保険医療機関等					氏名 (印)				
電話 ()									
診療科 (総合病院のみ)	※コード			保険診療の合計点数		点			
診療年月	平成 年 月 日	診療実日数		受領金額 (保険診療分のみの額)		円			
入院・入院外	入院・入院外 (入院の場合—限度額認定証 有・無)				長期高額疾病		無 有		
入院期間	年 月 日から 同年同月 日まで			本人・家族の別		本人 ・ 家族 0 1			

◎ この欄は、保険医療機関等で証明してください。
 (※印の欄は記入しないでください。)
 ・更生
 ・精神
 ・結核
 ・特疾
 ・指難
 ・その他
 (該当箇所に○を付けてください。)
 公費負担医療等

● 薬局の方へ 証明は処方せん発行の医療機関ごとに一枚ずつお願いします。

この証明は（医療機関名) の分

附加給付額	助成決定額	高額療養費支給額
円	円	円

記入しない
下さい。

受付番号	
------	--

～ 申請前に必ずお読みください ～

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。