

(表面)

# ひとり親家庭医療費助成申請書

令和 年 月 日

福島市長

福島市

住所

申請者氏名(自署)

電話番号

以下のとおり医療費の支給を申請します。なお、当該支給額の算定に当たり必要がある場合は、福島市が保険者等に診療報酬及び療養費等の給付状況を確認すること並びに課税台帳及び加入医療保険等の公簿により確認することに同意します。

受給者証番号		-					受診者氏名		員番		
健康保険証 記号・番号							生年月日	昭和 平成	年	月	日

◎受領金額欄が21,000円以上の場合は、次の質問にお答えください。

- 受診者と同じ保険証に加入している方に○を付けてください。(受診者からみて)  
父 母 子 兄 姉 弟 妹 その他( )
- 1のうち、受診者が診療を受けた月に21,000円以上の診療を受けた方がいて、その合計額が自己負担額(裏面参照)を超えていますか。(○を付けてください)

はい 「はい」の方は「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、高額療養費がわかるように申請してください。  
いいえ 「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 _____				
所在									
保険医療機関等 名称									
診療科(総合病院のみ) _____					氏名 _____ 印				
診療月	令和	年	月	分	入院・入院外等の別	入院・入院外・その他 (限度額認定証 有・無)	公費負担医療等	・育 成 ・養 育 ・精 神 ・特 疾 ・指 難 ・その他	
保険診療の 合計点数 (うち公費分)	(	点)	点		受領金額 ※保険診療分のみ (うち公費分)	円	円		
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				

受付番号 \_\_\_\_\_

(裏面)

## ～ 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。