

高額療養費等の支給(不支給)を確認できる書類の提出についてのお願い

保険診療の自己負担額が21,000円以上の場合、ご加入の健康保険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、ご加入の健康保険に高額療養費等の『支給(不支給)決定通知書』発行の有無についてご確認のうえ、下記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」をご記入のうえ、「②ご加入の健康保険記入欄」に、ご加入の健康保険による証明を受けて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ご覧ください。)

| | | | | | | |
|------------|----|--|--------|---|---|---|
| 被保険者 | 氏名 | | 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 記号番号 | | | 対象診療年月 | 年 | 月 | |

《健康保険ご担当者様》

「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、高額療養費等の支給の有無を確認する必要がありますので、以下の「②ご加入の健康保険記入欄」にご記入のうえ、証明いただきますようお願いいたします。

②ご加入の健康保険記入欄 (裏面の記入方法を参考にご覧ください。)

| | | | | | | | |
|--------------|--|--|-----------------------------|----------|-------|-------|---|
| 高額療養費 | 有 ・ 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。 | | | | | | |
| | 所得区分 | ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ | 多数該当 | 該当 ・ 非該当 | | | |
| | 積算基礎 | 高額療養費対象者氏名 | 医療点数 | 自己負担割合 | 自己負担額 | 医療機関名 | |
| | | | 点 | 割 | 円 | | |
| | | | 点 | 割 | 円 | | |
| | | | 点 | 割 | 円 | | |
| | | 点 | 割 | 円 | | | |
| | 合計点数 | 点 | 合計金額 | 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】済み または 【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。 | | | | | | |
| | 福祉医療助成対象者は 全額助成 ・ 1/2助成 ・ 2/3助成 | <input type="checkbox"/> 返還請求する | 市の助成額=(自己負担額)×左記助成割合 となります。 | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 返還請求しない | 市の助成額=[(自己負担額)-(付加給付金等)]×左記助成割合 となります。 | | | | | |
| 以上のとおり証明します。 | | | | | | | |
| 年 | | 月 | 日 | 保険者名 | | | |
| (宛先) 江南市長 | | 担当者名 | | | | | |
| | | 電話番号 () - | | | | | |

高額療養費等の支給(不支給)を確認できる書類の提出についてのお願い

記入方法

被保険者の氏名・生年月日をご記入ください。

医療費助成を受けている方の氏名・生年月日をご記入ください。

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 | 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 記号番号 | | 対象診療年月 | 年 | 月 | |

○については、該当項目を選択してください。

健康保険をご確認のうえ、記入してください。

②ご加入の健康保険 (裏面の記入方法を参考にしてください。)

| | | | | | | | |
|------------------------------|--|--|-----------------------------|------------|-------|-------|---|
| 健康 保険 記 号 番 号 | 有 ・ 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。 | | | | | | |
| | 所得区分 | ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ | 多数該当 | ○ 該当 ・ 非該当 | | | |
| | 積算基礎 | 高額療養費対象者氏名 | 医療点数 | 自己負担割合 | 自己負担額 | 医療機関名 | |
| | | | 点 | 割 | 円 | | |
| | | | 点 | 割 | 円 | | |
| | | | 点 | 割 | 円 | | |
| | | 点 | 割 | 円 | | | |
| | 合計点数 | 点 | 合計金額 | 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】済み または 【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。 | | | | | | |
| | 福祉医療助成対象者は 全額助成・1/2助成・2/3助成 | <input type="checkbox"/> 返還請求する | 市の助成額=(自己負担額)×左記助成割合 となります。 | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 返還請求しない | 市の助成額=[(自己負担額)-(付加給付金等)]×左記助成割合 となります。 | | | | | |
| 以上のとおり証明します。 | | | | | | | |
| 年 月 | | 被保険者名 | | | | | |
| (宛先) 江南市 | | 〒 () - () | | | | | |

福祉医療費助成対象者の保険診療自己負担分につきましては、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○で記載のとおりになります。
付加給付金等を支給済みまたは支給される場合で、返還請求されない場合については、付加給付金を差し引いた額を市から助成します。
※福祉医療助成対象者の助成割合に○が記載されていない場合は、お手数ですが下記問い合わせ先までご連絡ください。