

こども医療費助成申請書

令和 年 月 日

白河市長

保護者住所

氏 名

電 話 番 号

申請者記入欄

こども医療費 受給資格者番号		対 象 者	氏 名	
			生年月日	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日

◎一部負担金領収額が21,000円以上の場合には、次の質問にお答えください。

ご加入の健康保険から、付加給付金は支給されますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	付加給付金や高額療養費の、給付内容がわかる通知書を添付してください。
お子さんの一部負担金領収額は、自己負担限度額を超えていますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	
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額を超えていますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	
「限度額適用認定証」を提示して医療費の支払いをしましたか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい 「限度額適用認定証」をご持参ください。	

※裏面を参照し記入してください。

保 険 診 療 証 明 書

医療機関記入欄

診療年月	<input type="checkbox"/> 平成 年 月分 <input type="checkbox"/> 令和	
区分	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> その他	
保険診療合計点数	点	一部負担金領収額 ① 円
入院時食事療養費		
食事提供回数	回	定額負担月額 (提供回数×負担額) ② 円
合 計 (① + ②)		円
令和 年 月 日		
医療機関コード	住 所 名 称 氏 名 電 話 番 号	印

担当者記入欄	一部負担金等	高 額 療 養 費	付 加 給 付 金	他 法 負 担 額	助 成 額
	円	円	円	円	円

～申請前に必ずお読みください～

白河市では、保険者から支給される高額療養費及び付加給付金を差し引いて助成します。

下記に該当する方は、先にご加入の健康保険にお手続きをお願いします。

※該当するかどうかご不明な場合は、助成申請を受付できません。

1 高額療養費について

1ヶ月の保険診療分一部負担金が自己負担限度額を超えた場合、ご加入の健康保険から医療費が払い戻される高額療養費制度があります。

高額療養費に該当するのは、次のいずれかの場合です。

- (1) 下表の限度額を超えたとき。
- (2) 限度額に達しない場合であっても、同一月内に同一世帯で21,000円以上の自己負担が複数あるとき、又は、同一人が同一月内に2つ以上の医療機関にかかり、それぞれの自己負担額が21,000円以上であるとき。
- (3) 同一世帯で1年間に3回以上高額療養費の支給を受けている場合は、4回目以降は限度額が変わります。

<自己負担限度額表（月額）>

区分	限度額	4回目以降の限度額
区分ア (標準報酬月額83万円以上)	252,600円 + (総医療費 - 558,000円) × 1%	140,100円
区分イ (標準報酬月額53～79万円の方)	167,400円 + (総医療費 - 558,000円) × 1%	93,000円
区分ウ (標準報酬月額28～50万円の方)	80,100円 + (総医療費 - 267,000円) × 1%	44,400円
区分エ (標準報酬月額26万円以下の方)	57,600円	44,400円
区分オ (住民税非課税世帯)	35,400円	24,600円

※ 所得等により標準報酬月額は異なりますので、詳しくはご加入の健康保険に確認してください。

※ 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 付加給付金について

健康保険によって、1ヶ月の保険診療分一部負担金が一定額を超えた場合に付加給付金が支給される場合があります。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、国民健康保険には付加給付制度はありません。

3 申請上の留意事項

- ・領収書は1ヶ月ごとにまとめて、診療月の翌月以降に申請してください。
- ・保険診療対象外の費用（文書料、選定療養費、容器代等）は申請できません。
- ・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、該当助成額の全部または一部を返還していただきます。
- ・郵送でも申請可能です。郵送先：〒961-8602 白河市八幡小路7-1 白河市子ども支援課 宛