

（表面）

子ども医療費助成申請書

年 月 日

桑折町長様

申請者 住 所 桑折町

氏 名

電話番号

受給資格者証 記号番号	記 号	番 号	ふりがな 子ども氏名		診察月時点 での年齢
	桑折町		生年月日	年 月 日	歳

◎自己負担金の合計額が21,000円以上の場合は、次の質問にお答えください。

1 お子さんと同じ保険証に加入している方に○をつけてください。（お子さんからみて）

父 母 兄 姉 弟 妹 祖父 祖母 その他（ ）

2 1のうち、お子さんが診療を受けた月に、同じ健康保険に加入の方で21,000円以上の診療を受けた方（お子さんを含む同一保険加入の方）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。

該当する方に○をつけてください。

はい

「はい」の方は「高額療養費支給決定通知書」等を添付し、申請してください。

いいえ

「いいえ」の方は下記の「高額療養費支給に関する申立書」に記入してください。

高額療養費支給に関する申立書

本件は高額療養費に該当しないことを申し立てます。

年 月 日

受給資格者氏名

保険診療証明書

【 診療月 年 月 分 】

1. 入院	2. 入院外	3. その他	保険診療合計点数	点
診療科		科	受領金額 (保険診療分のみ)の額	円
入院日数	日	入院時食事療養費 定額負担額(1 食)	入院時食事療養費定額負担月額 (食事回数×1食当たりの額)	円
食事回数	回	円		円
公費負担医療費等 育成 養育 精神 疾病 その他 ()			合計受領金額	円

医療機関 所在地
名称等

電話番号

㊞

自己負担額	附加給付額	高額療養費給付額	助成金額
円	円	円	円

(裏面)

申請上の注意

1 高額療養費（高額医療費について）

同じ月に支払った医療費の合計額が、下記の自己負担限度額を超えた場合、高額療養費となり超えた分について保険者から支給されます。（手続きについては、加入健康保険へお問い合わせください。）

【平成27年1月診療分から】

	所得区分	自己負担限度額	4回目以降(※)
ア	標準報酬月額 83万円以上	252,600円 + (医療費 - 842,000円) × 1%	140,100円
イ	標準報酬月額 53万円～79万円	167,400円 + (医療費 - 558,000円) × 1%	93,000円
ウ	標準報酬月額 28万円～50万円	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1%	44,400円
エ	標準報酬月額 26万円以下	57,600円	44,400円
オ	住民税非課税世帯	35,400円	24,600円

※ 1年間に高額療養費を4回以上受けられる場合、4回目以降の限度額

- 入院時食事療養費は、高額療養費の算出に含まれません。
- 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、当該助成額の金額又は一部の返還を命ずることとなります。