

高額療養費・付加給付金に該当する場合の こども医療費等の支給申請方法について

こども医療費及びひとり親家庭等医療費(以下「こども医療費等」という。)では、健康保険組合や共済組合等(以下「健保組合等」という。)から支給される金額を差し引いた額を助成の対象としています。

つきましては、加入している健保組合等から支給される高額療養費等の金額等を確認するため、別紙「高額療養費等の該当・非該当証明願」に記名・押印(裏面「記入例」参照)のうえ、健保組合等の証明を受けていただき、こども医療費等の支給申請をお願いいたします。

高額療養費とは、同じ人が同じ月に支払った自己負担限度額(下記参照)を超えた金額が加入している健保組合等から払い戻されるものです。

また、同じ世帯(同じ健保組合等に加入)で、同じ月に21,000円以上の自己負担額を支払った人が複数いる場合は、その額を合算して、自己負担限度額を超えた金額が払い戻されます。さらに、12か月間に、同じ世帯(同じ健保組合等に加入)で4回以上高額療養費の支給を受ける場合は、自己負担限度額が軽減されることがあります。

自己負担限度額

所得の目安	ひと月あたりの自己負担限度額
年収約1,160万円以上の方	約252,600円 + α
年収約770万～約1,160万円の方	約167,400円 + α
年収約370万～約770万円の方	約80,100円 + α
年収約370万までの方	57,600円
住民税非課税の方	35,400円

高額療養費の申請方法は？

加入している健保組合等に申請しないと支払われないことがありますので、加入している健保組合等または勤務先の健康保険の担当者に確認してください。なお、高額療養費の支給決定は、医療機関等への支払月から3か月以上かかります

こども医療費等の申請方法は？

「高額療養費等の該当・非該当証明願」と領収書の写しを健保組合等に提出し、証明を受けてから、以下の書類を戸田市役所子育て支援課の窓口を持参又は郵送で提出してください。

1. こども医療費(ひとり親家庭等医療費)支給申請書
2. 領収書原本(高額療養費等の請求で原本を提出した場合のみ、コピーも可)
3. 「高額療養費の該当・非該当証明願」
(証明内容が記載されている高額療養費等の決定通知書等でも可)

〒335-8588 戸田市上戸田1-18-1
戸田市役所 子育て支援課 医療・手当担当
048-441-1800(代表) 内線234

高額療養費等の該当・非該当証明願

(こども医療・ひとり親家庭等医療用)

保険者様

令和 年 月 日

申請者

記入例

住 所 戸田市上戸田 -

氏 名 戸田 太郎 印

加入医療保険 記号 1 2 3

番号 4 5 6 7

対象者

氏 名 戸田 花子

こども医療費又はひとり親家庭等医療費支払額算定のため、上記対象者の平成 年 月 診療分に係る高額療養費等の該当・非該当の証明を願います。

高額療養費等の該当・非該当証明

年 月 日

証明者 保険者所在地

保険者名称

代表者又は証明責任者 印

次のとおり 年 月 診療分に係る高額療養費等の該当・非該当を証明します。

被保険者氏名

対象者氏名

所得区

保険名

記号・番

世帯合

多数該当

加入医療保険が記入する欄なので、何も記入しないでください。

才

あり なし

高額療養費

該当

円

非該当

世帯合算の内訳
(世帯合算がある場合)

(該当者)

(医療総点数)

(一部負担金)

点

円

点

円

点

円

付加給付

(被保険者に支給される額)

円

高額療養費等の該当・非該当証明願

(こども医療・ひとり親家庭等医療用)

保険者様

年 月 日

申請者

住 所 _____

氏 名 _____ 印

加入医療保険 記号 _____

番号 _____

対象者

氏 名 _____

こども医療費又はひとり親家庭等医療費支払額算定のため、上記対象者の _____ 年 _____ 月
診療分に係る高額療養費等の該当・非該当の証明を願います。

高額療養費等の該当・非該当証明

年 月 日

証明者 保険者所在地

保険者名称

代表者又は証明責任者

印

次のとおり _____ 年 _____ 月診療分に係る高額療養費等の該当・非該当を証明します。

被保険者氏名			
対象者氏名			
所得区分	ア	イ	ウ エ オ
保険名称			
記号・番号	記号	番号	
世帯合算	あり	なし	
多数該当	あり	なし	
高額療養費	該当	円(うち現物給付 円)	非該当
世帯合算の内訳 (世帯合算がある場合)	(該当者)	(医療総点数)	(一部負担金)
	・	点	円
	・	点	円
付加給付 (被保険者に支給される額)	円(0円の場合、 公費優先 基準額以下)		

保険者様

戸田市では、平成18年4月診療分から、現物給付(窓口払い廃止)を実施しておりますが、今回の医療費については、被保険者(受給資格者)が医療機関窓口で、一部負担金を支払っております。こども医療費及びひとり親家庭等医療費は、高額療養費等、保険者から支払われる額を差し引いて助成しております。つきましては、ご多用のところ大変恐縮ですが、こども医療費及びひとり親家庭等医療費支給額算定のため、高額療養費等の該当・非該当について証明くださいますようお願いいたします。

- 1 証明内容がすべて把握できる場合(世帯合算がある場合は内訳も)は、保険者から被保険者(受給資格者)へ通知される支給決定通知等を本証明の代用とすることが可能です。支給決定通知等を被保険者へ送付される場合は、お手数ですが本証明を被保険者(受給資格者)へ返送いただきますようお願いいたします。
- 2 付加給付対象分については、原則として市で負担いたします。ただし、保険者様から支給された場合(今後支給される場合も含む)には差し引き処理が必要になりますので、証明書最下欄に支給金額をご記入いただきますようお願いいたします。
- 3 医療機関等からのレセプト請求が遅れる場合があるため、被保険者(受給資格者)には該当分の領収書コピーを添付して本証明を依頼するようお願いしております。

戸田市役所 子育て支援課 医療手当担当
048-441-1800(代表) 内線234

記入例

高額療養費等の該当・非該当証明願
(こども医療・ひとり親家庭等医療用)
令和〇〇年〇〇月〇〇日

保険者様

申請者
住所 戸田市〇〇-〇〇-〇〇
氏名 戸田 太郎 印
加入医療保険 記号 123
番号 4567

対象者
氏名 戸田 花子

被保険者が記入する欄です

こども医療費又はひとり親家庭等医療費支払額算定のため、上記対象者の、令和〇〇年〇〇月〇〇日診療分に係る高額療養費等の該当・非該当の証明を願います。

高額療養費等の該当・非該当証明
令和〇〇年〇〇月〇〇日

証明者 保険者所在地 埼玉県〇〇市〇〇-〇〇
保険者名称 〇〇健康保険組合
代表者又は証明責任者 理事長 〇〇〇〇 印

次のとおり、令和〇〇年〇〇月診療分に係る高額療養費等の該当・非該当を証明します。

被保険者氏名	戸田 太郎	
対象者氏名	戸田 花子	
所得区分	□ア □イ <input checked="" type="checkbox"/> ウ □エ □オ	
保険名称	〇〇健康保険組合	
記号・番号	記号 123	番号 4567
世帯合算	<input checked="" type="checkbox"/> あり □なし	
多数該当	□あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
高額療養費	<input checked="" type="checkbox"/> 該当 30,000円(うち現物給付 10,000円) □非該当	
世帯合算の内訳 (世帯合算がある場合)	(該当者)	(医療総点数) (一部負担金)
	・ 戸田 次郎	〇〇〇〇点 〇〇〇〇〇円
	・	点 円
付加給付 (被保険者に支給される額)	50,000円(0円の場合の理由: □公費優先 □基準額以下)	

事業所(会社)の方がこの用紙を受け取った場合は、お手数ですが保険者様までそのままご送付ください。

保険者様が記入・押印