

子ども医療費助成申請書

令和 年 月 日

浪江町長

浪江町の住所
現在の住所
申請者 電話番号
氏名

印

受給資格証番号		受給者名		1 入院	2 通院
---------	--	------	--	------	------

銀行名	支店名	口座名義	口座番号

保険診療証明書

年 月 診療分

保険診療点数			受領金額		
合計	食事療養費外	食事療養費分	合計	食事療養費外	食事療養費分
点	点	点	円	円	円
入院・通院・その他の別		診療日数	入院期間		食事回数
入院・通院・その他		日	月 日 ~ 月 日		回
公費負担医療等		育成・養育・精神・特病・その他			

令和 年 月 日

所在地
医療機関 名称
氏名

印

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ていないことを申し立てます。

令和 年 月 日

申立者氏名

印

助成申請額	高額療養費支給額	付加給付額	支給決定額

◎ 一部負担金の合計額が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。

(お子さんから見て)

父 母 兄 姉 弟 妹 その他 ()

2. 1のうち、お子さんが診療を受けた月に同じ保険証に加入の方で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限度額(下記参照)を超えていますか?

はい 「はい」の方は、ご加入の保険者(健康保険組合等)で手続きをしてから「高額療養費支給決定通知書」等を添付して申請してください。

いいえ 「いいえ」の方は、表面の「高額療養費支給に関する申立書」に記入してください。

※ 付加給付を受けられる方で付加給付に該当したときは、療養費支給決定通知書等を添付して申請してください。

高額療養費について

1か月の保険診療分一部負担金の合計額が21,000円以上で自己負担限度額を超えた場合に、医療費が払い戻される高額療養費制度があります。対象となる場合は、ご加入の保険者(健康保険組合等)で手続きをしてください。

平成27年1月診療分から

自己負担限度額(お子さんを含む同一保険加入の月合計額)		年4回目以降
標準報酬月額83万円以上	252,600円+(医療費-842,000円)×1%	140,100円
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
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
標準報酬月額26万円以下	57,600円	44,400円
町民税非課税世帯	35,400円	24,600円

※ 入院時食事療養費は、高額療養費の算出には含まれません。

※ 同一世帯で直近12か月に3回以上高額療養費の支給を受けている場合は、4回目からは自己負担限度額が変わります。