

古殿町子ども医療費助成申請書

年 月 日

古殿町長 様

申請者 住所
(受給資格者) 氏名

印

子ども医療費の助成を受けたいので、次のとおり、関係書類を添えて申請します。

受給資格者証番号		子どもの氏名		生年月日	年 月 日	1 入院 2 通院
----------	--	--------	--	------	-------	--------------

保険診療証明書

年 月診療分

保険診療点数			受領金額		
合計	食事療養費以外	食事療養費分	合計	食事療養費以外	食事療養費分
点	点	点	円	円	円

年 月 日 保険医療機関等の

所在地及び名称

代表者の氏名

(個人にあっては、住所及び氏名)

印

高額療養費支給に関する申立書

次のとおり申し立てます。

年 月 日

氏名

印

古殿町長 様

診療を受けた者の氏名	診療を受けた保険医療機関等	保険医療機関等で支払った一部負担金等	世帯合算額から控除する額	高額療養費支給決定額
		円	/	/
		円		
		円		
合計		円		

備考

- 1 ※欄は、記入しないでください。
- 2 用紙の大きさは、日本工業規格A列4番としてください。

※支給年月日	※支給額
	円

申請上の注意

1 高額療養費について

高額療養費に該当するのは、次のいずれかのときです。

- (1) 下表の限度額を超えたとき。
- (2) 合算基準額21,000円以上の自己負担額が、同じ月、同じ世帯で2件以上あり、合計して限度額を超えたとき。
- (3) 1年以内に、同じ世帯で4回以上高額療養費の支給を受けたときは、4回目から4回目以降の限度額に変わります。

区分	限度額	4回目以降の限度額
上位所得者：ア (標準報酬月額83万円以上)	252,600円 +(総医療費(10割)-842,000)×1%	140,100円
上位所得者：イ (標準報酬月額53万円～79万円)	167,400円 +(総医療費(10割)-558,000)×1%	93,000円
一般所得者：ウ (標準報酬月額28万円～50万円)	80,100円 +(総医療費(10割)-267,000)×1%	44,400円
一般所得者：エ (標準報酬月額26万円以下)	57,600円	44,400円
町民税(住民税) 非課税世帯	35,400円	24,600円

※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 附加給付金について

附加給付金は健康保険により支給基準が異なります。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、後期高齢者医療保険には附加給付制度はありません。