

(表 面)

## こども医療費助成申請書

年 月 日

伊達市長

住 所  
保護者 氏 名  
電話番号

印

受給資格者証番号	こどもの氏名	生 年 月 日
		年 月 日
加入保険	国保 ・ 国保組合 ・ 協会けんぽ (全国健康保険協会) ・ 健保組合 ・ 共済組合 ・ その他	

申請書に領収書を添付し、診療月の翌月以降に、月ごと、入院・通院ごと、医療機関ごと（総合病院は医科・歯科ごと）、調剤薬局ごとに申請してください。

保 険 診 療 明 細	
年 月診療分 (平成 24 年 10 月以降)	添付領収書 枚
入院・入院外の別等	医科 (入院・通院) ・ 歯科 ・ 薬剤 ・ その他
保険医療機関等名称	
一部負担金の額 (領収書中、負担金又は負担額の欄を記載)	(A) 円

※領収書を紛失した場合や、整骨院・接骨院等での治療による申請の場合（領収書に一部負担金と保険外の記載のない場合のみ）は医療機関等証明書を添付してください。証明書の用紙は各総合支所福祉担当窓口（本庁は市民課市民窓口係）に備え付けてあります。

◎下記の該当項目にチェックをしてください。

1. 学校内（通学時を含む。）でのケガ等による医療費（治癒までの合計が 1,500 円以上）ですか？  
 はい → 日本スポーツ振興センターの災害共済給付金が優先されます。  いいえ
2. 健康保険独自の附加給付に該当しますか？  
 はい → 「附加給付支給決定通知書」等を添付してください。  いいえ
3. (A) の一部負担金とこの診療での薬剤一部負担金の合計額が 21,000 円以上ですか？  
 はい → （裏面）に記入してください。  いいえ

### ※事務処理欄

公費負担医療等	育 成 ・ 養 育 ・ 精 神 ・ 特 疾 ・ そ の 他				
診療日数 (入院・通院)	日	限度額適用	有 ・ 無	4 回目以降	該当・非該当
保険診療点数	点	一部負担金		①	円
食事提供回数	回	定額負担額	円	食事療養費負担月額	② 円
一部負担金合計(a)	附加給付額(b)		高額療養費(c)		助成決定額(a-b-c)
①+②	円	円	円	円	円

(裏面)

(表面)の3ではいと答えた方は、下記にお答えください。

1. お子さんと同じ健康保険に加入している方で、お子さんと同じ月に21,000円以上の一部負担金(下記※1)を支払った方がいますか？
- いいえ → 以下、記入不要です。
- はい → 21,000円以上的一部負担金を支払った方について記入願います。

世帯員氏名	こどもとの続柄	診療を受けた医療機関等名称	一部負担金の額
	本人		表面(A)の額 円
			円
			円
			円
合 計			円

(※1) 医療機関等の窓口で支払った一部負担額に、この診療での薬剤代を含めた額。入院時食事療養費は含まれません。

2. 上記合計の額が、高額療養費に該当しますか？(下記を参照にしてください)

- はい → 「高額療養費支給決定通知書」等の写し及び領収書を添付してください。
- いいえ → 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

年 月 日

伊達市長

本件は高額療養費に該当しないことを申し立てます。

申立者(保護者) 氏名

印

※偽りや不正の申立により子ども医療費の助成を受けた場合には、助成額の全額または一部の額を返還していただくこととなりますので、ご注意ください。

高額療養費

同じ月に、同じ病院(医科・歯科別、処方箋による薬剤代を含む)で支払った医療費等の合計が、下記の自己負担限度額を超える場合に高額療養費が発生します。その場合、子ども医療費助成制度では、医療費から高額療養費を差し引いた差額分を支給します。超えた分は保険者から支給されます。(手続き等については、加入の健康保険へお問い合わせください。)

対象者	所得要件(※2)	自己負担限度額(月額)	4回目以降(※3)
上位所得者(※4)	901万円超	252,600円+(医療費-842,000円)×1%	140,100円
	600万~901万以下	167,400円+(医療費-558,000円)×1%	93,000円
一般	210万~600万以下	80,100円+(医療費-267,000円)×1%	44,400円
	210万以下	57,600円	44,400円
低所得者	住民税非課税	35,400円	24,600円

(※2) 所得要件…基礎控除後の総所得金額

(※3) 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

(※4) 上位所得者…標準報酬月額53万円以上の方

領収書貼付欄

(※裏向きに糊付けしてください。)