



(本人記入欄)

重度心身障がい者医療費給付申請書

須賀川市長

令和 年 月 日

住 所 須賀川市

申請者 氏 名

電 話 - -

受給者証 記号番号	㊟	受給者名	診療年月	平成
		生年月日		大正・昭和 平成・令和 年 月 日

<高額療養費等の確認>

※後期高齢者医療保険に加入されている方は記入不要。

一部負担金額（病院分と薬局分の合計額）が 21,000 円以上の場合は、次の質問にお答えください。

◎上記診療年月に、受給者または、受給者と同じ医療保険に加入している方で、この申請書の他に、医療機関等で支払った一部負担金額が 21,000 円以上のものはありますか。

はい ・ いいえ (○でかこむ)

⇒「はい」の方は裏面の注意事項を参照のうえ、高額療養費に該当する方は「高額療養費支給決定通知書等を添付してください。

また、家族療養費など付加給付金の受給がある場合も金額の分かる通知書等を添付してください。

(医療機関等記入欄)

保険診療証明書

令和 年 月 日記入

										診療年月	平成 令和	年	月	分
診療 日数	日	保険診療 合計点数		点 (うち公費 点)		受領金額 (保険診療内のみの金額)		円						
						薬剤処方	□院内処方	□院外処方	□薬剤処方なし					
医療機関 コード				医療機関 所在地 名 称 氏 名 (電話)										
1	2	1	2											
入院	入院外	一般	後期高齢											
1	3	4	5	6	8	9	1	2	3	4	5	6	7	
内科	歯科	調剤	マッサー ージ	訪看	補装 具	柔道 整復	国保	協会 けんぽ	組合	船員	国保 組合	共済	後期 高齢	
1		3		2		1		2		3		限度額認定証の有無 (有 ・ 無)		
自立支援 (精神通院)		自立支援 (更生医療)		その他の 公費負担医療		特定疾病		高額医療の 現物給付		法人税法に よる減額				
1	2	4	5	6	7	8	9	10	11	14	15	16	17	
内	精	神内	呼	消	胃	循	小	外	整	脳神	呼外	心血	小外	
19	20	23	26	27	28	30	31	33	34	35	36			
皮	泌	産婦	眼	耳鼻 咽喉	気管 食道	放	麻酔	心療	アレル ギー	リウ マチ	リハ	その他 ()		

事務処理欄（記入しないでください）

一部負担金	高額療養費	付加給付金	その他調整額	給付決定額
65～74 歳（一般区分）の助成限度額				

注 意 事 項

1 **精神障害者保健福祉手帳のみを保持している方の精神疾患による入院は原則として助成対象外です。**

2 「**重度心身障がい者医療費給付制度**」の受給者は、必ず加入されている健康保険に対し、本制度の受給者であることを報告してください。各種手続きがスムーズになります。

3 本制度では、健康保険から給付される「**高額療養費**」や「**付加給付金**」等を差し引いた額を助成します。後期高齢者医療保険加入者以外の方で、各給付金に該当する場合は、必ず手続きをし、「**高額療養費支給決定通知書等**」又は「**高額療養費や付加給付金の額がわかる書類**」をこの申請書と同時に提示してください。国民健康保険加入者については**高額療養費の申請書を同時に提出**してください。

- 高額療養費・・・医療保険の1ヵ月間に支払われた医療費自己負担額が基準額（下表参照）を超えたとき、加入している健康保険から医療費自己負担額の一部払い戻しを受ける制度です。健康保険によって、自動計算で支給される場合と被保険者による申請が必要な場合があります。
- 付加給付金・・・健康保険組合毎の独自の給付制度です。詳しくは加入している健康保険組合にお問い合わせください。

高額療養費や付加給付金等の該当があつたにもかかわらず、**重度心身障がい者医療**から該当分の医療費助成を受けたことが発覚した場合、給付金を返還していただきます。

次の場合、高額療養費に該当します。

- (1) 下表の限度額を超えたとき。
- (2) 同じ月に同じ保険に加入されている方（国保なら同一世帯の国保加入者）で、医療機関毎（調剤分含む）の負担額が21,000円以上のものを合計して下表の限度額を超えたとき。

※あなたがどの所得区分に該当するのかなど高額療養費に関することは加入している健康保険にお問い合わせください。

70歳未満の高額療養費の自己負担限度額（平成27年1月診療分から）

所得区分		自己負担限度額 （【 】内は、当該月を含め過去1年間で4回目以降の高額療養費に該当する場合）
上位所得者	基礎控除後の所得額 901万円超(ア)	252,600円 + (総医療費 - 842,000円) × 1% 【140,100円】
	基礎控除後の所得 600万円超~901万円以下(イ)	167,400円 + (総医療費 - 558,000円) × 1% 【93,000円】
一般所得者	基礎控除後の所得 210万円超~600万円以下(ウ)	80,100円 + (総医療費 - 267,000円) × 1% 【44,400円】
	基礎控除後の所得額 210万円以下(エ)	57,600円 【44,400円】
住民税非課税(オ)		35,400円 【24,600円】

注1) 人工透析を行っている慢性腎不全、血友病等の自己負担限度額は10,000円となります。

(上位所得者は自己負担限度額が20,000円となります。)

注2) 医療費の算出にあたっては、医療機関ごとで、入院・外来を別々としします。なお、保険診療対象外のものや入院にかかる食事療養費は含みません。

『高額療養費』確認のため、病院からの領収書は、家族の分も含め、保管してください。

4 **65歳以上74歳以下の方で、国民健康保険または社会保険に加入している方についての医療費助成額は、総医療費の1割が上限となります。後期高齢者医療保険に加入している方については、保険診療自己負担額が助成されます。**