

重度心身障がい者医療費助成申請書

申請者記入欄

※太線の枠内のみ記入し、押印してください。

(あて先) 宇都宮市長		令和 年 月 日									
		受給資格者 (申請者)	住所								
		氏名 印									
		電話									
受給資格者証 受給者番号		加入保険	被保険者氏名								
			保険証記号番号								
受診者	氏名	加入保険	保 險 者	番 号							
	生年月日			年 月 日	名 称						
振込先	(フリガナ) 口座名義	銀行 支店		預金種別 普通・当座							
		登録口座に振込		口座番号							
一部負担金2万1千円以上支払った家族の有無										有 ・ 無	

(注) 高額療養費に該当したときは、当該支給決定通知書又はその写しを添付してください。

医療機関等記入欄

※太線の枠内のみ記入し、押印してください。

保 険 診 療 証 明 書												
保険種類	国保・社保・後期			自己負担割合 1・2・3 割			特定疾病療養受療証の有無 有・無					
診療年月		保 険 診 療 合 計 点 数						自 己 負 担 の 月 額 限 度 額		備 考		
年	月	入 院 日 数	入 院 点 数 (円)			外 来 点 数 (円)						
点数の欄は右詰めで記入し、空欄は斜線を引いてください。 点数の欄を「円」で表示するときは、(円)を○で囲んでください。 自己負担の月額限度額の欄は、該当する場合に「円」単位でご記入ください。												
令和 年 月 日		医療機関等 所在地										
		名 称										
		氏 名 印										

【記入例】

申請者記入欄

令和〇〇年〇〇月〇〇日

市長 (受給資格者) 住所 宇都宮市 〇〇町 〇〇

氏名 栃木 太郎 (栃木)

電話番号 028-〇〇〇-〇〇〇〇

必ず印鑑を押してください。スタンプ印・ゴム印は不可。

重度医療受給資格者証(薄紫色)の記載内容をご記入ください。紛失・汚損した場合、再交付届をご提出ください。

加入健康保険証の内容を記載してください。お届けの加入健康保険証の記載内容に変更があった場合、内容変更届をご提出ください。

受給資格者欄	受給者番号	〇〇〇〇〇〇	加入保険欄	被保険者氏名	栃木 一郎
	氏名	栃木 太郎		保険証記号番号	〇〇〇-〇〇〇〇〇
	生年月日	S50年5月1日		保険者番号	09001900
	振込先			保険者名称	宇都宮市

登録口座へ振り込みますので、口座の記入は不要です。なお、登録口座を変更するときは、内容変更届をご提出ください。

《申請にあたっての注意事項》

- この申請書は、診療を受けた翌月以降に提出してください。有効期限は診療を受けた翌月から1年間です。
 - 医療機関に保険診療証明書を用いて点数証明をもらう場合は、診療を受けた翌月10日以降に申請者記入欄に記入してから医療機関に前月診療分の点数証明をもらって申請してください。証明手数料は自己負担となります。
 - 患者名、保険点数(あるいは保険分自己負担額)、負担割合、入院・外来の別、医療機関名、印が明記されている医療領収書については、証明の代わりとなりますので、そのまま添付してください。
 - 医療費助成以外の手続きで医療領収書の原本が必要な場合(例:確定申告等)は、原本とコピーの両方をお持ちください(コピーは申請者様自身で、おとりください。)。原本を確認させていただいたうえで、コピーにて受付いたします。なお、一度提出された領収書はお返しいたしませんので、ご了承ください。
 - 1ヵ月の医療費について、以下に示す額を超えて支払ったときは高額療養費に該当しますので、加入保険者から通知が来てから、領収書のほかに高額療養費決定(支払)書又はそのコピーを必ず添付して申請してください。また付加給付制度のある健康保険組合については、付加給付の支給決定通知書も添付してください。
- ※後期高齢者医療制度加入者は添付する必要はありません。

[高額療養費にかかる自己負担月額限度額]

区分	ア	イ	ウ	エ	オ
所得要件	旧ただし書所得 901万円超 標準報酬月額83万円以上	旧ただし書所得 600万円超901万円以下 標準報酬月額53万~79万円	旧ただし書所得 210万円超600万円以下 標準報酬月額28万~50万円	旧ただし書所得 210万円以下 標準報酬月額26万円以下	住民税非課税 被保険者が市区町村民税の非課税者等
限度額	252,600円+ (総医療費-842,000円)×1%	167,400円+ (総医療費-558,000円)×1%	80,100円+ (総医療費-267,000円)×1%	57,600円	35,400円

※「旧ただし書所得」(国民健康保険税の算定の基礎となる所得)=総所得金額等から基礎控除額(33万円)を差し引いた額

- 郵送での申請も受付いたします。申請書に住所・氏名等を必ず記入し、領収書を添付のうえ投函してください。また、地区市民センター及び出張所の窓口でも受付いたします。

【問い合わせ先】

〒320-8540 宇都宮市旭1丁目1番5号
宇都宮市役所 障がい福祉課 福祉サービスグループ
TEL 028-632-2361