高額療養費等の支給(不支給)決定通知書の提出について(お願い)

保険診療の総点数が7,000点以上（未就学児は10,500点以上）で【自己負担額が21,000円以上】の場合は、ご加入の健康保険組合等から高額療養費等が支給される可能性があります。このため高額療養費等の有無が確認できる「支給（不支給）決定通知書」が必要となります。健康保険組合等で発行の有無を確認していただき、発行されない場合はこの用紙を利用してください。また、償還払いの申請時には次のものをご持参ください。

・ 健康保険組合等が発行した高額療養費等「支給（不支給）決定通知書」
　※ 健康保険組合等で発行をしていない場合は、健康保険組合等で記入していただいたこの用紙
・ 医療費受給者証（お持ちの方のみ）
・ 領収書
・口座番号がわかるもの（預金通帳等）

※ 不明な点がある場合、健康保険組合等に市から照会する場合があります。なお、市からの照会ができない健康保険組合等については被保険者から照会していただくことがありますのでご承知おきください。

○ 健康保険組合等において「支給(不支給)決定通知書」が発行されない場合

⇒ 以下の「1 被保険者記入欄」は申請者が記入して下さい。「2 ご加入の健康保険組合等記入欄」は、加入している健康保険組合等が記載してください。

1 申請者記入欄 （裏面の記入方法を参考にしてください）

被保険者	氏名			生年月日	年　月　日	
福祉医療費助成対象者	氏名			生年月日	年　月　日	
医療保険	記号		番号		対象診療年月	年　月

＜健康保険組合等 ご担当者様＞

「1 被保険者記入欄」の「福祉医療費助成対象者」は、本市の福祉医療費助成対象者です。
医療費助成するために高額療養費等の有無を確認する必要がありますので、以下の「2 ご加入の健康保険組合等記入欄」にご記入をお願いします。

2 ご加入の健康保険組合等記入欄 （裏面の記入方法を参考にしてください）

高額療養費	有 ・ 無 (現物給付のみの場合は『無』)	『有』の場合⇒	円	支給年月日	年　月　日	
	高額療養費が『有』の場合は、以下の詳細欄も記入してください。					
	詳細	高額療養費に該当する方の氏名	総医療費	自己負担割合	自己負担額	
			円	割	円	
			円	割	円	
			円	割	円	
			円	割	円	
		合計	円		円	
		世帯の所得区分	ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ	世帯の自己負担限度額	円	
付加給付金等	支給 ・ 不支給	『支給』の場合⇒	円	支給年月日	年　月　日	
	付加給付金等を『支給』される場合は、以下の項目を選択してください。					
	□ 回収する	市が自己負担額全額を助成します。		回収予定年月日	年　月　日	
	□ 回収しない	市が自己負担額から付加給付金等を差し引いた額を助成します。				

以上のとおり証明します。

年　月　日

豊 川 市 長 殿

保険者名

担当者名

電話番号 (　　) －

（問合先） 豊川市 福祉部保険年金課福祉医療係 電話(0533)89－2164(直通)

高額療養費等の支給(不支給)決定通知書の提出について(お願い)

記入方法

1 申請者記入欄

被保険者の氏名等をご記入ください

医療費助成を受けられる方の氏名等をご記入ください

被保険者	氏名	豊川　太郎	生年月日	○○　年　△　月　○　日	
福祉医療費助成対象者	氏名	豊川　花子	生年月日	△△　年　□　月　○　日	
医療保険	記号	111	番号	22222	対象診療年月　○○　年　△　月

健康保険証をご確認ください

(・) の箇所については、選択してください。**現物給付のみの場合は"無"を選択してください**

2 ご加入の健康保険組合等記入欄

高額療養費	(有)・無	『有』の場合⇒	9,570 円	支給年月日	○○　年　△　月　△　日	
	高額療養費が『有』の場合は、以下の詳細欄も記入してください。					
	詳細	高額療養費に該当する方の氏名	総医療費	自己負担割合	自己負担額	
		豊川　花子	300,000 円	3 割	90,000 円	
			円	割	円	
			円	割	円	
			円	割	円	
		合計	300,000 円		90,000 円	
		世帯の所得区分	ア・イ・(ウ)・エ・オ	世帯の自己負担限度額	80,430 円	
付加給付金等	(支給)・不支給	『支給』の場合⇒	24,000 円	支給年月日	○○　年　△　月　○　日	
	付加給付金等を『支給』される場合は、以下の項目を選択してください。					
	□ 回収する	市が自己負担額全額を助成します。		回収予定年月日	年　月　日	
	(□)回収しない	市が自己負担額から付加給付金等を差し引いた額を助成します。				

以下のとおり証明します。

日　保険者名

担当者名

福祉医療費助成対象者の保険適用診療分の自己負担相当額につきましては、医療費の助成申請に基づいて助成(償還払い)する予定ですので、福祉医療費助成対象者の負担がなくなります。

付加給付金等を支給されている場合につきましては、法定給付ではないため、貴健康保険組合等において回収に努められることと思いますが、回収に努められない場合につきましては、付加給付金等を差し引いた額を助成します。

(問合先) 豊川市 福祉部保険年金課福祉医療係　電話(0533)89－2164(直通)