

高額医療限度額 及び 付加給付内容証明書

受給者記入欄	このことについて、下記内容を証明願います。 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">年 月 日</div>	
	申請人住所（被保険者） _____ 申請人氏名（被保険者） _____	
	受給者住所	
	受給者氏名	(M・T・S・H 年 月 日)
被保険者証 記号・番号		

保険者記入欄	証 明 欄 (年 月 現在)		
		付加給付の有無	有 ・ 無 ・ 公費優先
	付加給付の内容	算式：	
		【備考】	
	高額医療限度額 (70歳未満)		円
		多数該当	円
	高額医療限度額 (70歳以上)	外来限度額	円
		入院・世帯限度額	円
	上記のとおり証明します <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">年 月 日</div>		
	保険者名称 _____ 印		

注) 記入の際には裏面の『記入例』をご参照ください。

高額医療限度額及び付加給付内容証明書の記入について

1. 各保険者様にお願い

この証明書は、貴健康保険の被保険者又はその被扶養者が、富士宮市の重度障害者医療費助成を受けるために必要なものです。当制度の趣旨を御理解いただき、付加給付の算式及び高額医療限度額の証明に御協力いただけますようお願いいたします。

2. 高額医療限度額及び付加給付を知る必要性について

重度障害者医療費助成事業とは、対象者の保険診療による自己負担額(高額療養費・付加給付額を控除した額)を助成する制度です。

二重払いを防ぐため、上記金額を把握しておく必要があります。

3. 記入方法

右記記入例を参考にして記入してください。また、以下の点にご注意ください。

- ①受給者本人に関する算式を記入してください。
- ②「保険診療による自己負担額」とは、高額療養費を控除したものです。
- ③付加給付無しの場合は、算式欄・備考欄への記入は不要です。

【問い合わせ】 ☎418-8601

富士宮市弓沢町 150 番地

富士宮市役所 障がい療育支援課 障がい支援係

電 話) 0544-22-1145

F A X) 0544-22-1251

高額医療限度額 及び 付加給付内容証明書

受給者記入欄	このことについて、下記内容を証明願います。	
	2021年〇〇月××日	
	申請人住所（被保険者） <u>富士宮市弓沢町 150 番地</u>	
	申請人氏名（被保険者） <u>富士宮 太郎</u>	
受給者住所	同上	
受給者氏名	富士宮 花子 (M・T・㊟・H〇〇年××月△△日)	
被保険者証 記号・番号	12 3456	

保 険 者 記 入 欄	証 明 欄 (2021年4月現在)	
	付加給付の有無	(有) ・ 無 ・ 公費優先
	付加給付の内容	算式： レセプト一件毎自己負担額－20,000円
		【備考】 1,000円未満不支給
	高額医療限度額 (70歳未満)	80,100円+(総医療費－267,000円)×1% 円
		多数該当 44,400 円
	高額医療限度額 (70歳以上)	外来限度額 円
		入院・世帯限度額 円
上記のとおり証明します		
2021年〇〇月××日		
保険者名称 *****健康保険組合 印		

注) 記入の際には裏面の『記入例』をご参照ください。