

## ○下関市子ども医療費助成要綱

平成28年8月5日制定

### (目的)

第1条 この要綱は、子どもの医療費の一部を当該子どもの保護者に対し助成するために必要な事項を定め、もって子どもの疾病的早期発見、早期治療及び疾病的慢性化の予防を推進するとともに、併せて子育て世帯の経済的支援の拡充を図ることを目的とする。

### (定義)

第2条 この要綱において「社会保険各法」とは、次に掲げる法律をいう。

- (1) 健康保険法（大正11年法律第70号）
- (2) 船員保険法（昭和14年法律第73号）
- (3) 私立学校教職員共済法（昭和28年法律第245号）
- (4) 国家公務員共済組合法（昭和33年法律第128号）
- (5) 地方公務員等共済組合法（昭和37年法律第152号）
- (6) 国民健康保険法（昭和33年法律第192号）

2 この要綱において「子ども」とは、満6歳に達する日の翌日以後最初の4月1日から満18歳に達する日以後最初の3月31日までの間にある者をいう。

3 この要綱において「対象者」とは、下関市内に居住地を有する子ども又は国民健康保険法第116条若しくは第116条の2の規定により下関市が行う国民健康保険の被保険者とされる子ども（国民健康保険法の同規定による対象者は山口県内に居住地を有する者に限る。ただし、同法同規定により転出先の県外市町村において助成を受けることができない場合を除く。）のうち、社会保険各法の規定による被扶養者又は被保険者であるものとする。ただし、次の各号のいずれかに該当する者を除く。

- (1) 生活保護法（昭和25年法律第144号）による保護を受けている者
- (2) 児童福祉法（昭和22年法律第164号）による児童福祉施設に入所している者であって、国又は地方公共団体の負担による医療費の支給を受けることができる者

- (3) ひとり親家庭等医療費助成事業及び重度心身障害者医療費助成事業による医療費の助成を受けることができる者

4 この要綱において「社会保険各法の規定による医療に関する給付」とは、疾病又は負傷についての社会保険各法による療養の給付又は入院時食事療養費、保険外併用療養費、療養費、訪問看護療養費、家族療養費、家族訪問介護療養費、特別療養費、高額療養費及び高額介護合算療養費の支給をいう。

#### (助成の範囲)

第3条 市長は、対象者の疾病又は負傷について、社会保険各法の規定による医療に関する給付が行われた場合において、当該医療に関する給付の額（また、その者が社会保険各法による療養の給付を受けたときは、当該療養の給付の額から当該療養の給付に関する同法の規定による一部負担金に相当する額を控除した額とする。）が当該医療に要する費用の額に満たないときは、その満たない額に相当する額（社会保険各法による入院時食事療養に係る療養を受ける者については、当該入院時食事療養費の給付に関するこれらの法律に規定する標準負担額（以下「標準負担額」という。）を除いた額とする。）をこの要綱に定める手続に従い、子ども医療費として対象者の保護者に助成するものとする。

ただし、当該疾病又は負傷について法令の規定により国又は地方公共団体の負担による医療に関する給付が行われるときは、この限りでない。

2 前項の医療に要する費用の額は、健康保険の療養に要する費用の額の算定方法の例により算定した額とする。ただし、現に要した費用の額を超えることができない。

3 第1項の規定にかかわらず、市長が特別な事由があると認めるときは、子ども医療費として対象者に助成することができる。

#### (助成の方法)

第4条 対象者が、この要綱で定める手続に従い、社会保険各法に規定する保険医療機関、保険薬局若しくは指定訪問看護事業者又はその他別に定める病院、診療所若しくは薬局（以下「保険医療機関等」という。）で医療を受けた場合には、市長は、子ども医療費として当該医療を受けた者に交付すべき額の限度において、その者が当該医療に関し当該保険医療機関等に支払うべき費用を、その者に代わり、当該保険医療機関等に支払うことができる。

2 前項の規定により支払があったときは、当該医療を受けた者に対し、子ども医療費の助成があったものとみなす。

3 市長は、第1項の規定により保険医療機関等に支払うべき額の審査及び支払に関する事務を山口県国民健康保険団体連合会又は社会保険診療報酬支払基金に委託することができる。

#### (受給者証の交付申請)

第5条 この要綱により子ども医療費の助成を受けようとする者は、あらかじめ福祉医療費受給者証交付（更新）申請書（様式第1号。以下「申請書」という。）に次に掲げる書類を添えて市長に提出しなければならない。

（1）社会保険各法に基づく被保険者であることを証する書類で市長が必要と認め

るもの。ただし、子ども医療費の助成を受けようとする者の同意により公簿等で確認できるときは、当該書類の提示等を要しないものとする。

(2) 課税及び扶養の状況を記載した書類で市長が必要と認めるもの。ただし、子ども医療費の助成を受けようとする者の同意により公簿等で確認できるときは、当該書類の提示等を要しないものとする。

(3) その他市長が必要と認めた書類

2 前項の申請に当たって、子ども医療費の助成を受けようとする者及び被保険者は、次に掲げる事項について、同意しなければならない。

(1) 市長が福祉医療費受給者証（様式第2号。以下「受給者証」という。）の交付及び要件確認のため、課税状況、19歳未満の扶養親族の扶養状況を調査すること。

(2) 市長が、高額療養費算定基準額及び一部負担金割合の確認のため、被保険者の世帯の課税状況を調査すること。

(3) 保険者から高額療養費及び高額介護合算療養費並びに付加給付金の支給を受けることができる場合、申請及び受領について市長に委任すること。

(4) 高額療養費及び高額介護合算療養費並びに付加給付金その他法令等により医療費の助成を受けた場合、市の過払い相当額を市へ返還すること。

(5) 市長が保険者に対して、医療に関する給付及び付加給付金の支給状況並びに保険資格を確認すること。

(6) 下関市子ども医療費助成要綱又はこの要綱に基づく指示に違反したときは、受給者証の交付をせず、又は既に交付している受給者証の効力を停止し、若しくは助成の全部若しくは一部を支給しない場合があること。

（受給者証の交付等）

第6条 市長は、前条及び第7条に規定する申請書、若しくは第10条に基づき公簿に基づいて第2条に規定する対象者であることを確認したときは、申請者に受給者証を交付するものとする。

2 受給者証の有効期間の末日は、前項の規定による交付年度の末日とする。

3 前項の規定にかかわらず、市長が特別な事由があると認めるときは、有効期間を変更することができる。

（受給者証の更新申請）

第7条 受給者証の交付を受けている者（以下「受給者」という。）の保護者は、毎年3月31日までに、申請書を市長に提出して受給者証の更新を申請することができる。

（受給者証の再交付申請）

第8条 受給者の保護者は、受給者証を破り、汚し、又は失ったときは、福祉医療費受給者証再交付申請書（様式第1－1号）に再交付申請の理由を明記の上市長に提出して、その再交付を申請することができる。

2 受給者証を破り、又は汚した場合における前項の再交付申請に際しては、その受給者証を添えなければならない。

3 受給者の保護者は、受給者証の再交付を受けた後、失った受給者証を発見したときは、直ちにこれを市長に返還しなければならない。

（変更事項等の届出）

第9条 受給者の保護者は、受給者及びその保護者が次の各号の一に該当するときは、福祉医療費受給者証住所・氏名・保険変更届（様式第3号）等により速やかにその旨を市長に届け出なければならない。

（1）住所又は氏名を変更したとき。

（2）加入している医療保険に変更があったとき。

（3）助成の対象となる医療の事由が第三者の行為によるとき。

（4）市外へ転出するとき。

（5）医療費の助成がある施設へ入所するとき。

（6）生活保護を受けるようになったとき。

（7）他の法令等により医療費の助成を受けられるとき又は受けたとき。

（8）高額療養費及び高額介護合算療養費並びに付加給付金等を受けたとき。

（届出の省略）

第10条 市長は、第5条第1項、第7条及び第9条第1項第5号から第8号の規定に基づき届け出られるべき事項を公簿等によって確認することができるときは、当該届出を省略させることができる。

（受給者証の返還）

第11条 受給者の保護者は、受給者がこの要綱による対象者でなくなったときは、福祉医療費受給者証資格喪失届（様式第4号）を14日以内に市長に届け出るとともに速やかに受給者証を返還しなければならない。

（償還払）

第12条 第4条の規定にかかわらず、市長は、子ども医療費の助成を受けようとする者が次の各号のいずれかに該当するときは、償還払の方法により医療費の助成を行うものとする。

（1）受給者証の交付前に保険医療機関等で医療を受けた場合

（2）県外の保険医療機関等で医療を受けた場合

（3）前号に掲げる場合のほか、市長が特別に必要であると認めた場合

- 2 前項の規定による子ども医療費の助成を受けようとする者は、福祉医療費交付申請書（様式第5号）に次の各号に掲げる書類を添えて、市長に提出しなければならない。
  - (1) 社会保険各法の規定による一部負担金を支払ったことを証する資料、又は他の法令等による給付に関し費用徴収がある場合は、措置の実施機関の発行する決定通知書又は医療機関の発行する領収書等の当該徴収費用が確認できる資料
  - (2) 高額療養費及び高額介護合算療養費並びに付加給付金その他これに類する給付を受けることができる場合若しくはできた場合、又はその他法令等の規定により給付を受けることができる場合若しくはできた場合は、その給付金額が記載された書類
- 3 前項の規定による申請書の提出にあたっては、受給者証を市長に提示しなければならない。
- 4 第2項の申請書の提出は、受診した日から起算して5年以内に行わなければならぬ。
- 5 市長は、第2項の申請書が提出された場合、その内容を審査し適當と認めるときは、当該申請に係る助成の額を決定の上、支給するものとする。

(受療の手続)

第13条 受給者の保護者は、第4条の規定により医療を受けようとするときは、当該医療を受けようとする保険医療機関等から、電子資格確認その他厚生労働省令で定める方法により、被保険者であることの確認を受けるとともに、受給者証を提出しなければならない。ただし、緊急やむを得ない事由によりこれを提出することができない者であつて、受給者であることが明らかな者については、この限りではない。

(第三者の行為による被害の届出)

第14条 子ども医療費の助成事由が第三者の行為によって生じたものであるときは、子ども医療費の助成を受け、又は受けようとする者は、その事実並びに当該第三者の氏名及び住所又は居所（氏名、住所又は居所が明らかでないときはその旨）並びに被害の状況を直ちに市長に届け出なければならない。

(子ども医療費の返還等)

第15条 市長は、偽りその他不正な手段により子ども医療費の助成を受けた者があるときは、その者から、その助成を受けた額に相当する金額の全部又は一部を返還させるものとする。

- 2 市長は、受給者又は受給者の保護者が受給者の疾病又は負傷に関し損害賠償を受けたときは、その金額の限度において、子ども医療費の全部若しくは一部を助成せ

ず、又は既に助成した額に相当する金額を返還させるものとする。

3 受給者の保護者及び被保険者は、受給者に係る医療費について、高額療養費及び高額介護合算療養費並びに付加給付金その他法令等により医療費の助成を受けたときは、その金額の限度において、その金額に相当する子ども医療費を返還しなければならない。

(助成の制限等)

第16条 市長は、次の各号のいずれかに該当するときは、受給者証の交付をせず、又は既に交付している受給者証の効力を停止し、若しくは助成の全部若しくは一部を支給しないことができる。

- (1) 受給者の疾病又は負傷が第三者の行為によって生じたものであって、損害賠償を請求することができるとき。
- (2) 受給者の疾病又は負傷が受給者の保護者の故意による犯罪行為により生じたものであるとき。
- (3) 受給者の保護者が助成の決定に関する書類で市長が必要と認めるものを提出しないとき。
- (4) その他この要綱又はこの要綱に基づく指示に違反したとき。

第17条 市長は、必要があると認めるときは、この要綱による子ども医療費の助成を受けようとする者及び受給者に対し、対象者の父母の収入、資産、家族の状況等に関し報告を求め、又は関係職員をして調査させるものとする。

(その他)

第18条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項については別に定める。

附 則

(施行期日)

この要綱は、平成28年10月1日から施行する。

附 則

(施行期日)

この要綱は、平成29年3月1日から施行する。

附 則

(施行期日)

この要綱は、平成29年5月15日から施行する。

附 則

(施行期日)

この要綱は、令和3年2月1日から施行する。

附 則

(施行期日)

この要綱は、令和4年6月1日から施行する。

附 則

(施行期日)

この要綱は、令和5年4月1日から施行する。

附 則

(施行期日)

この要綱は、令和5年10月1日から施行する。

附 則

(施行期日)

この要綱は、令和6年12月2日から施行する。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、令和7年12月1日から施行する

(経過措置)

2 この要綱の施行の際、この要綱による改正前の様式による用紙で、現に残存するものは、なお使用することができる。

## 年度 福祉医療費受給者証交付（更新）申請書

(子ども用)

## 1 加入医療保険の状況

|              |             |       |          |     |          |  |
|--------------|-------------|-------|----------|-----|----------|--|
| 受給者<br>(子ども) | ふりがな<br>氏名  |       |          | 男・女 | 被保険者との続柄 |  |
|              | 生年月日        | 年 月 日 |          |     |          |  |
|              | 住民票の所在地址    | 〒 -   |          |     |          |  |
| 宛名コード        | 前年度の受給者証の番号 |       | -        |     |          |  |
| 加入医療保険       | 被保険者氏名・住所   | 氏名    |          |     | 生年月日     |  |
|              | 宛名コード       | 住所    | 申請者住所に同じ |     |          |  |
|              | 保険内容        | 種別    |          |     | 受給者の資格認定 |  |
|              |             | 記号番号  | 記号       |     | 番号       |  |
|              |             | 保険者   | 名称       |     |          |  |
|              | 所在地         |       |          |     |          |  |

## 2 対象者の保護者

|    |    |         |  |  |  |
|----|----|---------|--|--|--|
| 氏名 | 続柄 | 住所      |  |  |  |
|    |    | 〒 -     |  |  |  |
|    |    | TEL ( ) |  |  |  |

## 3 福祉医療費申請（受給）にあたっての同意

- 福祉医療費受給者証交付及び更新要件確認のため、課税状況、児童手当の受給状況及び19歳未満の扶養親族状況を調査すること。
  - 高額療養費算定基準額及び一部負担金割合の確認のため、被保険者の世帯の課税状況を調査すること。
  - 保険者から高額療養費及び高額介護合算療養費並びに付加給付金の支給を受けることができる場合、申請及び受領について市長に委任すること。
  - 高額療養費及び高額介護合算療養費並びに付加給付金その他法令等により医療費の助成を受けた場合、本市の過払い相当額を本市へ返還すること。
  - 保険者に対して、医療の給付及び付加給付金の支給状況並びに保険資格を本市が確認すること。
  - 申請者及び被保険者が下関市子ども医療費助成要綱又はこの要綱に基づく指示に違反したときは、受給者証を交付せず、又は既に交付している受給者証の効力を停止し、若しくは助成の全部又は一部を支給しない場合があること。
- ※ 上記1により課税の状況等が公簿により確認できない場合は、それらが確認できる書類で市長が必要と認めるものを提示してください。

年 月 日

(宛先) 下関市長

申請者 住 所 \_\_\_\_\_  
 氏 名 \_\_\_\_\_ TEL ( )

# 福祉医療費受給者証再交付申請書

○再交付を希望する受給者

|      |     |         |     |
|------|-----|---------|-----|
| フリガナ |     | 性別      | 男・女 |
| 氏名   |     | 受給者番号   |     |
| 生年月日 | 年月日 | (宛名コード) |     |
| フリガナ |     | 性別      | 男・女 |
| 氏名   |     | 受給者番号   |     |
| 生年月日 | 年月日 | (宛名コード) |     |
| フリガナ |     | 性別      | 男・女 |
| 氏名   |     | 受給者番号   |     |
| 生年月日 | 年月日 | (宛名コード) |     |
| フリガナ |     | 性別      | 男・女 |
| 氏名   |     | 受給者番号   |     |
| 生年月日 | 年月日 | (宛名コード) |     |

○再交付を必要とする理由

|               |      |      |      |           |
|---------------|------|------|------|-----------|
| 受給者証を失ったときの事情 | 1 亡失 | 2 汚損 | 3 破損 | 4 その他 ( ) |
| 受給者証を失った日     | 年    | 月    | 日    | 頃         |
| 受給者証を失った場所    |      |      |      |           |

○同意事項

福祉医療費受給者証は、病院・診療所等において、医療保険の自己負担分の全部又は一部を支払わないで受診することができるものです。今後は紛失等のないよう大切に保管してください。

上記について、同意のうえ福祉医療費受給者証の再交付を申請します。

年 月 日  
 (宛先) 下関市長  
 申請者 住所 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_ TEL ( \_\_\_\_\_ )

| 発行(発送)日 | 受付者 |
|---------|-----|
|         |     |

## 様式第2号（第6条関係）

(表)

|                    |                                           |                  |        |      |   |     |
|--------------------|-------------------------------------------|------------------|--------|------|---|-----|
| <b>福</b>           |                                           | <b>福祉医療費受給者証</b> |        |      |   |     |
| (子ども用) 山口県内のみ有効    |                                           |                  |        |      |   |     |
| 特記事項               |                                           | 小学生・中学生・高校生等     |        |      |   |     |
| 記号                 |                                           |                  | 番号     |      |   |     |
| 受<br>給<br>者        | 居住地                                       |                  |        |      |   |     |
|                    | 氏名                                        |                  |        |      |   |     |
|                    | 生年月日                                      | 年                | 月      | 日    |   |     |
| 有効期間               | 年                                         | 月                | 日から    | 年    | 月 | 日まで |
| 一部負担金の上<br>限額(裏面2) | 通<br>院                                    |                  | 入<br>院 |      |   |     |
| 発行機関<br>及び印        | 山口県下関市<br><b>下関市長</b><br>(負担者番号 81350019) |                  |        | (公印) |   |     |
| 交付年月日              | 年 月 日                                     |                  |        |      |   |     |

(裏)

## 注意事項

- 1 保険医療機関等において診療を受ける場合は、この受給者証を必ず窓口に提出してください。健康保険制度に加入していない場合はこの受給者証はご利用できません。
- 2 一部負担金の上限額とは、1か月毎に保険医療機関等が医療費の請求を行う診療報酬明細書毎の医療保険の自己負担分（入院時の食事療養費及び生活療養費に係る自己負担分は除く。）に対して、受給者が支払わなければならない限度額をいいます。
- 3 次の場合には、速やかに市長に届け出してください。
  - (1)氏名、住所、加入医療保険に変があるとき
  - (2)医療の原因が交通事故等第三者の加害によるものであるとき
  - (3)受給者証を紛失したとき
  - (4)医療費の助成がある施設へ入所したとき
  - (5)生活保護を受けるようになったとき
  - (6)他の法令等により医療費の助成を受けられるとき又は受けたとき
  - (7)高額療養費、高額介護合算療養費、附加給付金を受けたとき
- 4 受給者の資格がなくなったとき又はこの受給者証の有効期間が満了したときは、速やかに市長にこの受給者証を返納してください。
- ◎この受給者証は、病院・診療所等において、医療保険の自己負担分の全部又は一部を支払わないで受診することができるものですから大切に保管してください。(ただし、入院時の食事費等は自己負担があります。)
- ◎この受給者証は、県外では原則として使用できません。
- ◎偽り又は不正な行為により、この受給者証を使用したり、市に対する申告や報告が正しくなかったり、または市長の指示に正当な理由が無く応じなかったときは、医療費の助成が受けられなかつたり、既に助成した医療費を返還していただくことがあります。
- ◎この受給者証の資格を辞退する場合は、辞退の申し出が必要となります。受領後14日以内に市長に申し出てください。辞退する場合、この受給者証は使用できません。

様式第3号(第9条関係)

## 福祉医療費受給者証住所・氏名・保険変更届

|               |                                                                                                                                                         |             |        |          |     |    |    |       |       |       |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------|----------|-----|----|----|-------|-------|-------|
| 年月日           | (宛先) 下関市長                                                                                                                                               |             | 届出人    | 氏名       | TEL |    |    |       |       |       |
| 1. 変更日<br>年月日 | ※ 氏名変更がある場合のみ記入してください。<br>事由 1. 縁組 2. 離婚<br>3. その他 ( )                                                                                                  |             |        |          |     |    |    |       |       |       |
| 2. 変更内容       | 【本人確認書類】<br><input type="checkbox"/> 運転免許証<br><input type="checkbox"/> 個人番号カード<br><input type="checkbox"/> パスポート<br><input type="checkbox"/> その他<br>( ) |             |        |          |     |    |    |       |       |       |
| No.           | 受給者番号                                                                                                                                                   |             | 氏名     | 保険       |     |    |    |       |       |       |
|               |                                                                                                                                                         |             | 被保険者氏名 | 被保険者生年月日 | 記号  | 番号 | 枝番 | 保険者番号 | 資格認定日 | 保険者名称 |
| 1<br>宛名コード    | 新                                                                                                                                                       | 生年月日<br>年月日 |        | 年月日      |     |    |    |       | 年月日   |       |
|               | 旧                                                                                                                                                       |             |        | 年月日      |     |    |    |       | 年月日   |       |
| 2<br>宛名コード    | 新                                                                                                                                                       | 生年月日<br>年月日 | □同上    | 年月日      |     |    |    |       | 年月日   |       |
|               | 旧                                                                                                                                                       |             |        | 年月日      |     |    |    |       | 年月日   |       |
| 3<br>宛名コード    | 新                                                                                                                                                       | 生年月日<br>年月日 | □同上    | 年月日      |     |    |    |       | 年月日   |       |
|               | 旧                                                                                                                                                       |             |        | 年月日      |     |    |    |       | 年月日   |       |
| 4<br>宛名コード    | 新                                                                                                                                                       | 生年月日<br>年月日 | □同上    | 年月日      |     |    |    |       | 年月日   |       |
|               | 旧                                                                                                                                                       |             |        | 年月日      |     |    |    |       | 年月日   |       |

※同上の場合、枝番や資格認定日等の異なる箇所のみ記入して下さい。

## 福祉医療費受給者証資格喪失届

| 年　月　日     |        |       |         |
|-----------|--------|-------|---------|
| (宛先) 下関市長 |        |       |         |
| 届出人　住 所   | 下関市    |       |         |
| 氏 名       | Tel( ) |       |         |
| 氏 名       | 生年月日   | 受給者番号 | (宛名コード) |
|           | 年　月　日  | -     |         |
|           | 年　月　日  | -     |         |
|           | 年　月　日  | -     |         |
|           | 年　月　日  | -     |         |
|           | 年　月　日  | -     |         |

下記のとおり資格喪失となりましたので届け出ます。

|        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |       |  |
|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--|
| 資格喪失理由 | <input type="checkbox"/> 所得更正<br><input type="checkbox"/> 他市町村・国外に転出<br>転出先 _____<br><input type="checkbox"/> 死亡<br><input type="checkbox"/> 生活保護開始<br><input type="checkbox"/> 高所得者(課税者)と同居<br><input type="checkbox"/> 婚姻・事実婚<br><input type="checkbox"/> 児童福祉施設に入所<br><input type="checkbox"/> 重度心身障害者用に切り替え<br><input type="checkbox"/> 制度切り替え( 制度 ⇒ 制度)<br><input type="checkbox"/> その他<br>理由 _____ |       |  |
|        | 事由発生日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 年　月　日 |  |
| 備考     | 受給者証　回収・書換・持参なし<br>返還金確認　要・不要<br>喪失日以降の使用　無・有<br>受診日　医療機関                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |       |  |

| 台帳 | 処理 |
|----|----|
|    |    |

| 【本人確認書類】                                                                                                                                | 受付者 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> 運転免許証<br><input type="checkbox"/> 個人番号カード<br><input type="checkbox"/> パスポート<br><input type="checkbox"/> その他( ) |     |

## 福祉医療費交付申請書

|                       |                                           |                                                              |        |       |  |
|-----------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------|-------|--|
| 年　月　日                 |                                           |                                                              |        |       |  |
| (宛先) 下関市長             |                                           |                                                              |        |       |  |
| 住所　下関市                |                                           |                                                              |        |       |  |
| 申請者                   |                                           |                                                              | Tel( ) |       |  |
| 被<br>保<br>険<br>者      | 氏名                                        |                                                              | 生年月日   | 受給者番号 |  |
|                       | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ           |                                                              | 年　月　日  |       |  |
|                       |                                           |                                                              | 年　月　日  | -     |  |
|                       |                                           |                                                              | 年　月　日  | -     |  |
|                       |                                           |                                                              | 年　月　日  | -     |  |
| 受<br>給<br>者           |                                           |                                                              | 年　月　日  | -     |  |
|                       |                                           |                                                              | 年　月　日  | -     |  |
|                       |                                           |                                                              | 年　月　日  | -     |  |
|                       |                                           |                                                              | 年　月　日  | -     |  |
|                       |                                           |                                                              | 年　月　日  | -     |  |
|                       |                                           |                                                              | 年　月　日  | -     |  |
| 高<br>額<br>療<br>養<br>費 | ご加入の健康保険組合へ限度額適用認定証の申請または高額療養費の支給申請をしましたか |                                                              |        |       |  |
|                       | <input type="checkbox"/> はい               | ➡ 健康保険組合が発行した限度額適用認定証または支給(不支給)決定通知書の添付が必要です                 |        |       |  |
|                       | <input type="checkbox"/> いいえ              | ➡ 自己負担額(保険適用分)が21,000円以上の場合                                  |        |       |  |
|                       | <input type="checkbox"/> 不明               | □ 高額療養費支給申請の手続きを市に委任する<br>⇒ 別途委任状の提出をお願いします                  |        |       |  |
|                       |                                           | □ 自分で健康保険組合へ高額療養費の支給申請をする<br>⇒ 支給(不支給)決定通知書が届き次第、再度提出をお願いします |        |       |  |
|                       |                                           | 福祉医療費の助成を受けたいので、別紙のとおり証明書類を添付して申請いたします。                      |        |       |  |

## ○振込先

| 銀行<br>信用金庫<br>協同組合<br>信用組合 |  |  |  |  | 本店<br>支店<br>支所<br>出張所 |  |  |  | 口座名義<br>(カタカナ) |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------|--|--|--|--|-----------------------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|
| 金融機関<br>コード                |  |  |  |  | 支店コード<br>(店番)         |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |
|                            |  |  |  |  |                       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |

【本人確認書類】

運転免許証  
個人番号カード  
パスポート  
その他  
( )

|     |   |             |  |
|-----|---|-------------|--|
| 領収書 | 枚 | 受<br>付<br>者 |  |
| 他   | 枚 |             |  |