

「高額療養費自己負担限度額適用証明書」 の記入について(お願い)

健康保険ご担当者様へ

日の出町では、平成22年12月1日より指定疾病による医療費助成制度(※)が施行され、支給事務を行うにあたり、加入している健康保険組合の給付事業である高額療養費の計算が必須であるため、算定の基礎となる所得区分等が必要です。つきましては、貴組合(貴社)の健康保険組合の組合員(社員)あるいは、そのご家族から別紙「高額療養費自己負担限度額適用証明書」の証明依頼がございましたら、大変お手数ですが証明をしていただきますよう、お願い申し上げます。

【記載について】

1. 保険者番号
2. 加入している保険者名
3. 該当する組合員の標準報酬月額(附加給付制度がある場合に記入願います)
4. 現在の所得区分(該当所得区分【ア・イ・ウ・エ・オ】に○を付けてください)

* 過去1年間で所得区分が変更になった場合は、備考欄に経過を記入願います。
(例:平成〇〇年〇月まで上位区分、その後一般区分に変更になった)

5. 附加給付の有無及び附加給付の内容(資料がありましたら添付願います)

- * 証明書右上にある指定疾病対象(認定)者氏名と組合員氏名が異なる場合、指定疾病対象者が被扶養者であるかご確認ください。
- * 今後、この組合員世帯において高額療養費等が発生した場合、該当する月に貴組合から支給した金額について、日の出町から問い合わせをさせていただくことがございます。ご協力をお願いいたします。
- ※ 日の出町で行う指定疾病による医療費助成制度については、医療保険適用内の自己負担分を助成するものです。尚、各健康保険組合等の給付制度により被保険者へ支給される分については、助成額から差し引きます。

【 問合せ先 】

〒190-0192
東京都西多摩郡日の出町大字平井2780番地
日の出町 町民課 保険年金係
電話042(597)0511 内線284~286

記入例

指定疾病対象(認定)者氏名

日の出 花子

高額療養費自己負担限度額適用証明書

健康保険組合又は会社の保険担当者に依頼してください。

組合員氏名	日の出 太郎	生年月日	昭和28年4月7日
保険者番号	12345678		
加入している保険者名	〇〇〇〇健康保険組合		
標準報酬月額	***,000 円		
該当する所得区分 (ア・イ・ウ・エ・オ) に○をつけてください。			
所得区分	現役並み所得者	一般	住民税非課税世帯
	ア	ウ	オ
	イ	エ	住民税非課税
附加給付の有無(※) (○をつけてください。)	附加給付の内容	支給単位(□ 1ヶ月毎 / <input checked="" type="checkbox"/> レセプト毎)	
<input checked="" type="radio"/> 有・無		控除額 25,000円 (100 円未満不支給) 1,000円未満 <input checked="" type="checkbox"/> 切捨て □ 切上げ 本人家族 <input checked="" type="checkbox"/> 同様 □ 別(備考記入) 資料があれば附加給付部分のコピーを添付してください。	
備考 平成26年4月1日より、附加控除額30,000円に変更 平成27年6月まで所得区分が上位、その後一般に変更			

※附加給付は保険適用内の医療費自己負担額に関わるもののみ

上記のとおり証明します。

日の出町長 様

平成 30 年 4 月 15 日

健康保険組合・ 〇〇〇〇市〇〇〇 〇〇〇〇番地
会社・企業等の
所在地及び名称 〇〇〇〇〇健康保険組合 印

記入担当者

氏名 〇 〇 〇 〇

部署 〇〇〇部 〇〇課 〇〇係

連絡先 042 (123) 4567 内線(123)

高額療養費自己負担限度額適用証明書

組合員氏名		生年月日	年 月 日
保険者番号			
加入している保険者名			
標準報酬月額	円		
該当する所得区分（ア・イ・ウ・エ・オ）に○をつけてください。			
所得区分	現役並み所得者	一 般	住民税非課税世帯
	ア	ウ	オ
	イ	エ	
附加給付の有無(※) (○をつけてください。)	附加給付の内容	支給単位(<input type="checkbox"/> 1ヶ月毎 / <input type="checkbox"/> レセプト毎)	
有 ・ 無		控除額 円 (円未満不支給) 円未満 <input type="checkbox"/> 切捨て 本人家族 <input type="checkbox"/> 同様 <input type="checkbox"/> 切上げ <input type="checkbox"/> 別(備考記入)	
備考 資料があれば附加給付部分のコピーを添付してください。			

※附加給付は保険適用内の医療費自己負担額に関わるもののみ

上記のとおり証明します。

日の出町長 様

年 月 日

健康保険組合・
会社・企業等の
所在地及び名称

(印)

記入担当者

氏 名

部 署

連絡先

()

内線()

)