

## 医療費助成制度届出書

### ◆医療費の助成制度とは

医療機関で受診した際、医療費の7割（未就学児は8割）は、塩野義健康保険組合が負担し、3割（未就学児は2割）分は自己負担となりますが、医療費の助成制度の適用を受けておられる方は、その自己負担分等を国・都道府県・市区町村が負担するという制度です。当組合では、自己負担額が2万5千円を超えたもの（1ヵ月、1件ごと。高額療養費は除く）に対して、本人には一部負担還元金として、家族には家族療養付加金として、自己負担額から2万5千円を控除した額を給付していますが、助成制度の適用を受けておられる方は、自己負担分を市区町村等が負担しますので、当組合規約により一部負担還元金ならびに家族療養付加金は支給しません。

\*都道府県・市区町村の条例によって定められており、対象者・助成内容は各々異なります。不明の時は都道府県・市区町村の担当窓口へ問い合わせして下さい。

### ◆注意事項

なお、転居や制度の変更により医療費の助成制度受給資格に変更が生じた場合は、健康保険組合へ必ずご連絡下さい。

一部負担還元金ならびに家族療養付加金支給後、医療費助成制度を受給されている事がわかりましたら、返金していただきます。

健保No.	—
-------	---

氏名 \_\_\_\_\_ 性別 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 続柄 \_\_\_\_\_

1. 医療費助成制度受給資格 (1) あり (2) なし

2. 1 でありの場合、該当のものに○をつけてください。  
(助成制度の種類・期間・方法・内容すべて記入下さい。)

受給資格のある助成制度	受給資格期間	受給方法	給付内容
(1) 老人医療費助成制度	<b>1. 期限あり</b> 年 月 日から 年 月 日まで 入・通院 入院のみ 年 月 日まで *入院・通院の受給期間が違う場合は、それぞれの期限について記入下さい。	(1) 現物給付 窓口で自己負担金を支払う必要なし	(1) 自己負担分全額
(2) 障害者医療費助成制度		(2) 償還給付 窓口で自己負担金を支払い、後日、市区町村に請求	(2) 一部負担あり (                      円)
(3) ひとり親家庭医療費助成制度		(3) 市内→現物給付 市外→償還給付	(3) その他 (                      )
(4) 特定疾患医療費助成制度		(4) その他	
(5) その他 (                      )			
* (5) その他の場合は受給者証のコピーを添付	<b>2. 無期限</b> 年 月 日から		

※乳幼児医療費助成制度については、記入不要です。