

高額療養費受給状況申出書

令和 年 月 日

佐賀市長 様

申請者 住所 佐賀市

氏名

医療費の助成を受けるに当たり、次のとおり高額療養費の受給状況を申し出ます。

1 受診者又は受診者と同じ医療保険に加入している者が、受診月以前の1年以内に1か所の病院で1か月当たり次の金額を支払った回数（今回助成申請する受診を除く。）

- (1) **35,400円**以上を支払った回数 (回)
(2) **57,600円**以上を支払った回数 (回)
(3) **80,100円**以上を支払った回数 (回)
(4) **上記のいずれにも該当しないが、入院をした回数** (回)

※子どもの医療費助成の適用を受けた入院も対象です。

2 受診者又は受診者と同じ医療保険に加入している者が、受診月と同じ月に1か所の病院で**21,000円**以上支払った回数（今回助成申請する受診を除く。）

(回)

3 上記1及び2で該当した場合の受診状況

受診月	氏名	入院・外来の別	医療機関名	一部負担金
		入院・外来		
		入院・外来		
		入院・外来		

※一部負担金の額が不明の場合は記入不要

4 今回の申請に係る対象者が児童である場合

受診に至った原因が、学校管理下での負傷や疾病に該当 (する ・ しない)

※スポーツ振興センターの災害共済給付と重複して助成を受けられた場合は、助成金を返還していただく場合があります。

(注) (1) 助成金の振込みまで、申請月より3～4ヶ月程度かかることがあります。

(2) 申請の際には健康保険の「限度額適用認定証」をご持参ください。

限度額証の提示がない場合、助成金の振込みまでにお時間を頂く場合があります。

(3) 学校（幼稚園／保育園・所）管理下での負傷又は疾病など、「独立行政法人日本スポーツ振興センターの災害共済給付の対象となる医療費」については、佐賀市の医療費助成と重複して受けることができません。

処理欄

高額療養費説明

未・済