

患者負担限度額 及び 付加給付内容証明書

申 請 者 記 入 欄	このことについて、下記内容を証明願います。	
	令和 年 月 日	
	申請人住所（被保険者） _____	
	申請人氏名（被保険者） _____ ⑩	
対象者氏名 （入院者）	（T・S・H・R 年 月 日）	
被保険者証 記号番号		

保 険 者 記 入 欄	証 明 欄 (令和 年 月現在)		
		付加給付の有無	有 ・ 無
	付加給付の内容	算式： ※付加給付無の場合記入不要	
		【備考】	
	患者負担限度額 （70歳未満）		円
		多数該当	円
	患者負担限度額 （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		
	令和 年 月 日		
保険者名称		⑩	

注) 記入の際には『記入例』をご参照ください。

患者負担限度額及び付加給付内容証明書の記入について

1. 各保険者様にお願ひ

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、富士宮市の入院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、付加給付内容及び患者負担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

入院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）の半額を助成する制度です。

二重払いを防ぐため、上記金額の把握が必要です。

3 記入方法

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対象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

TEL) 0544-22-1145

FAX) 0544-22-1251

患者負担限度額 及び 付加給付内容証明書 (例)

申請者記入欄	このことについて、下記内容を証明願います。	
	令和〇年〇〇月××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> (印)	
対象者氏名 (入院者)	富士宮 花子	(T・S)・H・R 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 (令和〇〇年××月現在)	
	付加給付の有無	(有) ・ 無
	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
	患者負担限度額 (70歳未満)	80,100円 - (総医療費 - 267,000円) × 1% 円
		多数該当 44,400 円
	患者負担限度額 (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		
令和〇年〇〇月××日		
保険者名称	*****健康保険組合 (印)	

注) 記入の際には『記入例』をご参照ください。