

「療養費等支給状況証明書」の提出について

被保険者(組合員)の方へ

- この証明書は神戸市の福祉医療費助成の支給額算定のために必要となるものです。
- 月ごと・医療機関ごとに1部ずつ提出してください。
(保険者が作成した同一診療月の医療費明細を添付する場合は、各診療月ごとに1部で結構です)
- 別紙証明書の発行には2~3ヵ月以上かかる場合があります。ご了承ください。
- I 「療養費等支給状況証明願」(保険者控)の上部に提出年月日と被保険者住所・氏名・電話番号を記入し、押印してください。
- II 「1. 対象者・対象診療」太枠の各項目を記入してください。
(「療養費等支給状況証明書」と複写になっています。)
- III この『「療養費等支給状況証明書」の提出について』と「療養費等支給状況証明願(保険者控)」「療養費等支給状況証明書」の3枚を、加入している健康保険の保険者に提出してください。
- IV 保険者で証明を受けた「療養費等支給状況証明書」を区役所(北須磨地区にお住まいの方は北須磨支所)に提出してください。

記入例

保険者控

療養費等支給状況証明願

神戸市福祉医療費の助成申請に使用するため、下記診療分に係る高額療養費及び附加給付等の支給状況について、次により証明願います。

保険者(組合理事長)様

提出年月日・住所・被保険者名・電話番号を記入し、押印してください。

被保険者(組合員)

住所
氏名
電話

神戸市中央区甲乙町1-1-1
神戸 一郎
(078) 000-xxxx

令和1年 11月 10日

神戸印

※日中に連絡がつく電話番号(携帯電話等)を記入してください。

1. 対象者・対象診療

被保険者証	記号	xxx ①	番号	00000
証明を要する対象者氏名	神戸 太郎 ②		続柄(子)	男 女 昭・平・令 21年 8月 8日
診療月	令和1年 7月診療分 ③		種類	補装具・その他(④)
医療機関等の名称	甲 乙 病院 ⑤		受療期間	1年7月 1日から 1年7月31日まで

- ① お持ちの被保険者証を見て記入してください。
- ② 受給者の氏名、被保険者との続柄、生年月日を記入してください。「男・女」「昭・平・令」はいずれかに○してください。
- ③ 診療月を記入し、「入院・外来・歯科・調剤」のいずれかに○をしてください。
- ④ 補装具の場合は「補装具」に○をしてください。その他の療養の場合は療養の種類及び受療期間を記入してください。
- ⑤ 受診した医療機関等の名称を記入してください。

保険者(組合)の方へ

- この証明書は神戸市の福祉医療費助成に係る支給額算定のために必要ですので、別紙により証明をお願いいたします。
- レセプトごとに証明書が1枚必要です。ただし、同一月に複数の医療機関等での受診・処方を受けている場合は、レセプトごとの医療費明細がわかるものの添付により、月ごとに1枚でも結構です。補装具等の場合も月ごとに分けてご記入願います。
- その他この証明に関することは、対象者がお住まいの区役所・北須磨支所へお問い合わせください。
 - I 「2. 給付(支給)内容」について、給付(支給)状況に基づき記入してください。
 - II 世帯合算による高額療養費および附加給付がある場合は、「3. 合算による高額療養費及び附加給付額内訳」にも記入してください。
 - III 「療養費等支給状況証明書」上部に保険者名称等を記入・押印してください。
 - IV 「療養費等支給状況証明書」を被保険者(組合員)にお返しくください。

記入例

- 高額療養費が合算で支給される場合
- 附加給付額が同一月に世帯合計(同一保険内)で算定される場合
- 高額療養費⇒80,100円+(総医療費-267,000円)×1%
 附加給付額⇒20,000円を超える額
 限度額適用認定証の提示あり(ただし合算対象者は提示なし) } として算定

2. 給付(支給)内容

医療保険総医療費 ①	診療実日数	負担割合 ②	保険給付額 ③	自己負担額 ④
総点数(50,000点) 500,000円	31日	1割・2割・ 3割	給付額全額 417,570円 うち現物給付の高額療養費 (67,570円)	82,430円
高額療養費支給額(償還額) ⑤		附加給付額 ⑥		
単独 ・ 合算 ・多数回 29,000円	不支給	単独 ・ 合算 78,430円		不支給

- ① ③欄は実際の保険給付額を記入してください。
- ② 高額療養費が支給される場合は、その合計を②欄にご記入ください。(現物給付分は除く)また、合算による高額療養費がある場合はその内訳も下欄にご記入ください。
- ③ 神戸市の福祉医療制度は医療保険者に附加給付制度がある場合、附加給付制度を優先適用します。(附加給付制度等適用後のなお残る自己負担額が神戸市の福祉医療制度の助成対象となります。)附加給付制度を支給できる場合は、その合計額を③欄にご記入ください。また、合算による附加給付がある場合は対象となる医療費等の内訳も下欄にご記入ください。
- ④ 支給がない場合は、「不支給」に○を入れてください。

3. 合算による高額療養費及び附加給付額内訳

氏名 (生年月日)	医療の種類	総医療費	医療給付額	自己負担額
神戸 太郎 (H21・8・8)	入院 ・ 外来 歯科 ・ 調剤	500,000円	給付額全額 417,570円 うち現物給付の高額療養費 (67,570円)	82,430円
神戸 花子 (H15・5・4)	入院 ・ 外来 歯科 ・ 調剤	100,000円	給付額全額 70,000円 うち現物給付の高額療養費 (円)	30,000円
神戸 年男 (S24・6・1)	入院 ・ 外来 歯科 ・ 調剤	50,000円	給付額全額 35,000円 うち現物給付の高額療養費 (円)	円
			合算による高額療養費 にかかる負担額計	112,430円
			合算による高額療養費支給 額(現物給付分は除く)	29,000円
			合算による附加給付額	78,430円

- ※ 原則としてレセプトごとに記入してください。
- ※ 保険給付額③欄の(うち現物給付の高額療養費)欄については、減額・限度額認定証等により現物給付で高額療養費が支給されている時に記入してください。なお、公費医療や特定疾病療養受療証が使用されている分については記入しないでください。
- ※ 福祉医療申請対象者以外の世帯員の分は、入院と外来ごとにまとめて記入してください。
- ※ 入院時食事療養費や生活療養費は、給付額には含めないでください。
- ※ この例のように高額療養費の合算内訳と併せて記入する場合は、附加給付額についての自己負担額は斜線で消して記入しないでください。
- ※ それでも欄が不足する場合は、上記と同じ項目の内容で別紙などを作成し添付していただいても構いません。

$$\{80,100+(50万円+10万円-267,000円) \times 1\%+15,000\}-20,000$$

$$(82,430+30,000)-80,100+(50万円+10万円-267,000円) \times 1\%$$

療養費等支給状況証明願

神戸市福祉医療費の助成申請に使用するため、下記診療分に係る高額療養費及び附加給付等の支給状況について、次により証明願います。

保険者（組合理事長）様

令和 年 月 日

被保険者（組合員） 住所

氏名

印

電話

※日中に連絡がつく電話番号(携帯電話等)を記入してください。

1. 対象者・対象診療

被保険者証	記号	番号	
証明を要する 対象者氏名		続柄 ()	生年月日 昭・平・令 年 月 日
診療月	令和 年 月診療分	入院 歯科	外来 調剤
医療機関等の名称		種類	補装具・その他 ()
		受療 期間	年 月 日から 年 月 日まで

以下保険者記入欄

2. 給付（支給）内容

医療保険総医療費 ①	診療実日数	負担割合 ②	保険給付額 ③	自己負担額 ④
総点数 () 円	日	1割・2割・3割	給付額全額 円 うち現物給付の高額療養費 (円)	円
高額療養費支給額 (償還額) ⑤		附加給付額 ⑥		
単独・合算・多数回 円	不支給	単独・合算	円	不支給

- ① ①欄は実際の保険給付額を記入してください。
 ② 高額療養費が支給される場合は、その合計を②欄にご記入ください。(現物給付分は除く)また、合算による高額療養費がある場合はその内訳も下欄にご記入ください。
 ③ 神戸市の福祉医療制度は医療保険者に附加給付制度がある場合、附加給付制度を優先適用します。(附加給付制度等適用後のなお残る自己負担額が神戸市の福祉医療制度の助成対象となります。)附加給付制度を支給できる場合は、その合計額を①欄にご記入ください。また、合算による附加給付がある場合は対象となる医療費等の内訳も下欄にご記入ください。
 ④ 支給がない場合は、「不支給」に○を入れてください。

3. 合算による高額療養費及び附加給付額内訳

氏名 (生年月日)	医療の種類	総医療費	医療給付額	自己負担額
(. .)	入院・外来 歯科・調剤	円	給付額全額 円 うち現物給付の高額療養費 (円)	円
(. .)	入院・外来 歯科・調剤	円	給付額全額 円 うち現物給付の高額療養費 (円)	円
(. .)	入院・外来 歯科・調剤	円	給付額全額 円 うち現物給付の高額療養費 (円)	円
合算による高額療養費 にかかる負担額計				円
合算による高額療養費支給 額(現物給付分は除く)				円
合算による附加給付額				円

注意：補装具等の証明の場合、必ず月ごとに分けてご記入願います。

附記

- 神戸市高齢期移行者医療費助成に関する条例の対象者
- 神戸市こども医療費助成に関する条例の対象者
- 神戸市重度障害者医療費助成に関する条例の対象者
- 神戸市ひとり親家庭等医療費助成に関する条例の対象者

療養費等支給状況証明書

被保険者（組合員）

様

下記のとおり相違ないことを証明する。

令和 年 月 日

保険者所在地 〒

保険者名称

印

電話 () -

※日中に連絡がつく電話番号（携帯電話等）を記入してください。

1. 対象者・対象診療

被保険者証	記号	番号
証明を要する 対象者氏名		続柄 () 男女 生年月日 昭・平・令 年 月 日
診療月	令和 年 月診療分	入院・外来 歯科・調剤 種類 補装具・その他 ()
医療機関等の名称		受療期間 年 月 日から 年 月 日まで

2. 給付（支給）内容

医療保険総医療費 ①	診療実日数	負担割合 ②	保険給付額 ③	自己負担額 ④
総点数 () 点 円	日	1割・2割・3割	給付額全額 円 うち現物給付の高額療養費 () 円	円
高額療養費支給額（償還額）⑤		附加給付額 ⑥		
単独・合算・多数回 円	不支給	単独・合算	円	不支給

- ① ③欄は実際の保険給付額を記入してください。
② 高額療養費が支給される場合は、その合計を⑤欄にご記入ください。（現物給付分は除く）また、合算による高額療養費がある場合はその内訳も下欄にご記入ください。
③ 神戸市の福祉医療制度は医療保険者に附加給付制度がある場合、附加給付制度を優先適用します。（附加給付制度等適用後のなお残る自己負担額が神戸市の福祉医療制度の助成対象となります。）附加給付制度を支給できる場合は、その合計額を①欄にご記入ください。また、合算による附加給付がある場合は対象となる医療費等の内訳も下欄にご記入ください。
④ 支給がない場合は、「不支給」に〇を入れてください。

3. 合算による高額療養費及び附加給付額内訳

氏名 (生年月日)	医療の種類	総医療費	医療給付額	自己負担額
(. .)	入院・外来 歯科・調剤	円	給付額全額 円 うち現物給付の高額療養費 () 円	円
(. .)	入院・外来 歯科・調剤	円	給付額全額 円 うち現物給付の高額療養費 () 円	円
(. .)	入院・外来 歯科・調剤	円	給付額全額 円 うち現物給付の高額療養費 () 円	円
			合算による高額療養費にかける負担額計	円
			合算による高額療養費支給額（現物給付分は除く）	円
			合算による附加給付額	円

注意：補装具等の証明の場合、必ず月ごとに分けてご記入願います。

附記

- 神戸市高齢期移行者医療費助成に関する条例の対象者
- 神戸市子ども医療費助成に関する条例の対象者
- 神戸市重度障害者医療費助成に関する条例の対象者
- 神戸市ひとり親家庭等医療費助成に関する条例の対象者