

# 鹿児島市 こども医療費助成制度 母子・父子家庭等医療費助成制度 ～保険者からの情報提供に関する同意書～

医療費が高額となる場合には、『同意書』をご提出ください。

（「鹿児島市国民健康保険」の加入者は提出不要です。「全国健康保険協会各支部」の加入者は取扱いが異なりますので、詳しくはお問い合わせください。）

助成額の算定にあたり被保険者の所得区分の確認が必要となるため、保険者からの情報提供に関する「同意書」の提出と太枠部分の記入をお願いします。医療費が高額となる場合とは、1か月あたりのひとつの医療機関での保険診療による一部負担金の合計額が21,000円以上となる場合です。

## 【注意事項】

・保険者からの所得区分の情報提供後の助成金の支給となるため、診療の翌々月に支給できない場合がございますので、ご了承ください。

・医療費が一定の金額を超えた場合、健康保険から「高額療養費」として医療費の払い戻しがあります。また、高額療養費とは別に健康保険から「附加給付金」が支給される場合があります。

「高額療養費」「附加給付金」として支給される額は助成対象外になりますので差し引いて助成します。

詳しくは加入医療保険者にお問い合わせください。

《問い合わせ先》 〒892-8677 鹿児島市山下町11番1号

鹿児島市こども福祉課 児童給付係 (Tel: 099-216-1261)

|                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 医療費助成制度・<br>受給者番号                | こども医療費助成制度 受給者番号 (受給者証の右上にある9ケタの番号)<br><table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table><br>母子・父子家庭等医療費助成制度 受給者番号 (受給者証の上にある8ケタの番号)<br><table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 受診者                              | 氏名 _____<br>S・H・R 年 月 日生 診療月 R 年 月   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 加入保険<br>※受診者の健康保険証<br>をみてご記入ください | 保険者名<br>_____健保組合・国保組合・共済組合 _____支部<br>記号 _____ 番号 _____<br>被保険者名 _____ 資格取得日 S・H・R 年 月 日  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

## 同意書

こども医療費、母子・父子家庭等医療費助成金の支給を受けるために必要な情報を、医療保険者を通じて鹿児島市に送付することに同意します。

鹿児島市長 宛 令和 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_ 印

※同意書の氏名は**被保険者名**をご記入ください。

※記名押印にかえて、署名することができます。

## 保険者回答欄

【所得区分】

H・R 年 月から

|  |
|--|
|  |
|--|

受付番号