

鹿児島市 重度心身障害者等医療費助成制度 ～保険者からの情報提供に関する同意書～

平成27年1月診療分から、高額療養費制度の変更に伴い、入院など医療費が高額となる場合には、重度心身障害者等医療費助成金支給申請書に

『同意書』を添付し、ご提出ください。(市町村国民健康保険及び県後期高齢者医療保険加入者、全国健康保険協会各支部加入者を除く。)

重度心身障害者等医療費助成制度において、助成金額は保険診療による一部負担金の額から高額療養費を差し引いた額となることから、被保険者の所得区分、高額療養費の自己負担限度額を確認する必要があります。

(医療費が高額となる場合とは、保険診療による一部負担金の額が、21,000円以上となる場合です。) ※食事代や保険外(差額ベッド代等)は対象になりません。

被保険者の所得区分を確認するため、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。

「同意書」の提出が遅れた場合は助成金の支給を受けられない場合がありますので、保険診療による一部負担金の額が21,000円以上となる場合は早急に「同意書」をご提出ください。

【問い合わせ先】鹿児島市障害福祉課 障害福祉係 099-216-1273

重度心身障害者等 医療費助成制度・ 受給者番号	受給者番号(受給資格証の一番上にある8ケタの番号) <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 _____ S・H・R 年 月 日生 診療月 R 年 月								
加入保険	保険者名 _____ 国保組合・健保組合・共済組合 記号 _____ 番号 _____ 被保険者名 _____ 資格取得日 S・H・R 年 月 日								

同意書

重度心身障害者等医療費助成金の支給を受けるために必要な情報を、保険者が鹿児島市に送付することに同意します。令和 年 月 日

※下の氏名は被保険者名をご記入ください。保険証に「被扶養者」と記載がある方は、(被保険者 例：配偶者や子の氏名)をご記入ください。

氏名 _____ (署名または記名押印)

TEL _____

保険者回答欄

【所得区分】
R 年 月から

--

診療月含む直近12カ月間
高額該当回数 回目

受付番号