

「こども医療費助成」「母子・父子家庭等医療費助成」を受給中の

全国健康保険協会各支部にご加入の皆様へ

医療費助成金の額は保険診療による一部負担金の額から高額療養費を控除した額となりますことから、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。

そのため、1か所の医療機関等（入院・外来は別とみなす）で1ヶ月の一部負担金が21,000円以上になった場合、全国健康保険協会が発行した該当診療月の「限度額認定証の写し」・「支給決定通知書」・「不支給決定通知書」のいずれか1点の提出が必要となることがあります。全国健康保険協会各支部による書類の発行にはお時間を要する場合があります。

※書類の提出がない場合は医療費助成金の支給決定が出来ないため、対象の医療費助成金について支給停止になる場合がありますので、ご了承ください。

限度額を超えた額(高額療養費に該当する額)は全国健康保険協会に別途請求が必要になりますので、全国健康保険協会各支部へお問い合わせください。なお、被保険者が非課税の場合は、その旨も申し出てください。

これまで、受給者の皆様に「保険者からの情報提供に関する同意書」を提出していただき、照会しておりましたが、令和3年2月をもって、全国健康保険協会各支部への照会が出来なくなりました。お手数をおかけしますが、医療費助成金の支給決定に必要な書類となりますので、よろしくお願いいたします。

書類の提出が必要となる場合について、下記参考をご覧ください。

参 考 ※市町村民税が課税か非課税かで手続きが異なります。

●被保険者が課税の場合（例：令和2年8月診療～令和3年7月診療 ⇒ 令和2年度が課税）

① 1か所の医療機関等（入院・外来は別とみなす）で1ヶ月の一部負担金が21,000円以上のものを合計（別の医療機関分や同保険加入の家族分）した額が 57,600円を超える場合

例：Aさん令和3年1月診療 a病院：25,000円 b病院：34,000円 病院合計：59,000円 ⇒ 書類の提出が必要

例：Aさん令和3年1月診療 a病院：25,000円
Bさん（兄妹等）令和3年1月診療 b病院：34,000円 } 病院合計：59,000円 ⇒ 書類の提出が必要

② 1か所の医療機関等（入院・外来は別とみなす）で1ヶ月の一部負担金が21,000円以上のものを合計（別の医療機関分や同保険加入の家族分）した額が 44,400円を超える場合かつ過去1年間に対象者及び同保険加入の家族が3ヶ月分以上高額療養費に該当していた場合

例：Aさん令和3年1月診療 a病院：25,000円 b病院：22,000円 病院合計：47,000円
すでにAさんで令和2年7月・8月・9月の3ヶ月が高額療養費に該当している ⇒ 書類の提出が必要

例：Aさん令和3年1月診療 a病院：25,000円 b病院：22,000円 病院合計：47,000円
すでにBさん(兄弟等)で令和2年7月・8月・9月の3ヶ月が高額療養費に該当している ⇒ 書類の提出が必要

■被保険者が非課税の場合は書類の提出は不要となります

（例：令和2年8月診療～令和3年7月診療 ⇒ 令和2年度が非課税）

被保険者が非課税の場合は、1か所の医療機関等（入院・外来は別とみなす）で1ヶ月の一部負担金が21,000円以上のものを合計（別の医療機関分や同保険加入の家族分）した額に対する 限度額は35,400円です。ただし、過去1年間に対象者及び同保険加入の家族が3ヶ月分以上高額療養費に該当した場合の限度額は24,600円です。

例：Aさん令和3年1月診療 a病院：50,000円 ⇒ 限度額：35,400円

例：Aさん令和3年1月診療 a病院：22,000円
Bさん（兄妹等）令和3年1月診療 b病院：30,000円 } 合計：52,000円 ⇒ 限度額：35,400円

例：Aさん令和3年1月診療 a病院：50,000円
すでにBさん(兄弟等)で令和2年7月・8月・9月の3ヶ月が高額療養費に該当している ⇒ 限度額：24,600円

※書類の提出が必要であるかご不明の場合はお問い合わせください。

お問い合わせ・提出先

鹿児島市役所 こども福祉課 児童給付係

〒892-8677 鹿児島市山下町11番1号

TEL：099-216-1261