

(保護者記入欄)

療養費等支給状況証明書

保険記号・番号	記号	番号
被保険者氏名	生年月日 年 月 日	
証明が必要な者 (こどもの氏名)	生年月日 年 月 日	
診療月	年 月診療分	種別 入院・外来・歯科・調剤 訪問看護・補装具・その他
医療機関名称		

明石市子ども医療費助成の請求に使用するため、上記の者の療養費等の支給状況について下記に証明を願います。

保険者 様 年 月 日

被保険者 住所

氏名

(保険者記入欄)

療養費等支給状況証明書

1 支給内容

総医療費① (総点数 点) 円	診療実日数 日	負担割合 1割・2割・3割	療養費支給額② 支給額(高額療養費除く) 円 現物支給の高額療養費 円	自己負担額③ 円
高額療養費支給額(合算分含む・償還額)④ <input type="checkbox"/> 単独 <input type="checkbox"/> 合算 <input type="checkbox"/> 多数 適用区分 円 () <input type="checkbox"/> 不支給			付加給付額(合算分含む)⑤ <input type="checkbox"/> 単独 <input type="checkbox"/> 合算 <input type="checkbox"/> 不支給 円	

① ⑥欄は実際の療養費支給額(支給決定額)を記入してください。食事療養費は含めないでください。(裏面の記入例をご参考ください)

② 高額療養費が支給される場合(支給予定を含む)は、その合計(現物給付分は除く)と適用区分(ア~オ)を⑥欄にご記入ください。「単独」か「合算」どちらかにチェックを入れてください。

③ 多数該当の場合は「多数」にチェックを入れてください。また、合算による高額療養費・付加給付がある場合は、合算対象者について下欄にご記入ください。

④ 明石市の福祉医療制度は医療保険者に付加給付がある場合は、付加給付制度を優先適用します。(付加給付適用後の自己負担額が明石市の福祉医療制度の助成対象となります。)付加給付を支給できる場合は、その合計金額を⑥欄に記入してください。

⑤ 高額療養費・付加給付について、支給が無い場合は「不支給」にチェックを入れてください。

2 合算対象者の療養費支給状況

氏名	総医療費	療養費支給額	自己負担額
	円	支給額(高額療養費除く) 円 現物支給の高額療養費 円	円
	円	支給額(高額療養費除く) 円 現物支給の高額療養費 円	円
	円	支給額(高額療養費除く) 円 現物支給の高額療養費 円	円
	円	支給額(高額療養費除く) 円 現物支給の高額療養費 円	円

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

保険者名称

電話番号

(ご担当者名)

保険者（組合）の方へ

明石市子ども医療費助成制度では、償還払い（現金給付）において、保険適用された医療費の自己負担額から、高額療養費や付加給付など健康保険からの支給（給付）額を差し引いて助成金額を決定するため、対象となる子どもの保護者には健康保険からの支給状況や金額、その内訳が分かる書類の提出をお願いしております。

つきましては、大変恐縮ではございますが、明石市子ども医療費助成の支給金額を適正に算定するため、本証明書に支給状況をご記入いただき、被保険者（組合員）様にお返しくさいますようお願いいたします。

※本証明書に記載の内容が足りていれば、様式は問いません。

※高額療養費や付加給付に該当しない場合にも、不支給として証明をお願いいたします。

<問い合わせ先> 明石市役所 子ども局子育て支援室児童福祉課
電話 078-918-5027（平日 8:55~17:40） FAX 078-918-5196

療養費等支給状況証明願（療養費等支給状況証明書）の記入例

子どもの健康保険証を見て記入してください。

療養費等支給状況証明願

保護者記入欄

保険記号・番号	記号	123	番号	123456
被保険者氏名	明石 波男	生年月日	平成2年 8月 1日	
証明が必要な者（子どもの氏名）	明石 はるか	生年月日	令和4年 7月 1日	
診療月	令和4年 7月診療分	種別	入院・外来・歯科・調剤 訪問看護・補装具・その他	
医療機関名称	●●中央病院			

明石市子ども医療費助成の請求に使用するため、上記の者の療養費等の支給状況について下記に証明をお願いします。

保険者	2022年 9月 1日
被保険者	住所 兵庫県明石市中崎1-5-1
氏名	明石 波男

証明が必要な領収書を見て記入してください。

子どもの加入している健康保険の被保険者（例）父の保険に加入していれば父

<保護者の方へ>

この証明書は、明石市の子ども医療費助成の支給額算定のために必要な書類です。
左の枠内を記入して、ご加入の健康保険（組合等）に証明を依頼してください。
証明書が発行されましたら、福祉医療費支給請求書、領収書等とともに、明石市にご提出ください。

（保険者記入欄）

療養費等支給状況証明書

保険者（組合等）記入欄

1 支給内容				
総医療費② (総点数 30,000 点) 300,000 円	診療実日数 5 日	負担割合 1割・2割・3割	療養費支給額④ 支給額(高額療養費除く) 240,000 円 現物支給の高額療養費 0 円	自己負担額③ 60,000 円
高額療養費支給額(合算分含む・償還額)④ 57,000 円	適用区分 ウ	□不支給	付加給付額(合算分含む)⑤ 60,000 円	□不支給

- ① ④欄は実際の療養費支給額（支給決定額）を記入してください。食事療養費は含めなくてください。（裏面の記入例をご参考ください）
- ② 高額療養費が支給される場合（支給予定を含む）は、その合計（現物給付分は除く）と適用区分（ア～オ）を④欄にご記入ください。「単独」か「合算」どちらかにチェックを入れてください。多数該当の場合は「多数」にチェックを入れてください。また、合算による高額療養費・付加給付がある場合は、合算対象者が「明石市」に「記入」してください。
- ③ 明石市の福祉医療制度は医療保険者に付加給付がある場合は、付加給付制度を優先適用します。（付加給付適用後の自己負担額が明石市の福祉医療制度の助成対象となります。）付加給付を支給できる場合は、その合計金額を⑤欄に記入してください。
- ④ 高額療養費・付加給付について、支給が無い場合は「不支給」にチェックを入れてください。

2 合算対象者の療養費支給状況

氏名	総医療費	療養費支給額	自己負担額
明石 晴海	500,000 円	支給額(高額療養費除く) 350,000 円 現物支給の高額療養費 67,570 円	82,430 円
		支給額(高額療養費除く) 円	円
		現物支給の高額療養費 円	円
		支給額(高額療養費除く) 円	円
		現物支給の高額療養費 円	円
		支給額(高額療養費除く) 円	円
		現物支給の高額療養費 円	円

合算による高額療養費や付加給付の支給がある場合は、合算対象者の支給状況について記入してください。

<記入上のお願ひ>

- 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分かるものの添付により、月ごとに1枚でも差支えありません。
- 入院時食事療養費は、支給額に含めないでください。
- 補装具等の場合も月ごとに分けてご記入願います。
- 高額療養費や付加給付について、支給対象にはなるが未申請のため支給されていない場合にも、支給予定金額として証明願います。

上記のとおり相違ないことを証明する。
2022年 9月 15日

保険者名称 ●●健康保険組合
電話番号 078-000-0000

(ご担当者名 ●●)

※事業者（会社）の方がこの用紙を受け取った場合は、お手数ですが保険者（組合等）様までご送付ください。