別添

高 額 療 養 状 況 の 届

保護者の方へ（①～⑤について記入してください。）

- この用紙は、独立行政法人日本スポーツ振興センターに医療費の請求をするために使用し、一か月の医療費の外来・入院に係る療養・治療用装具代等のいずれかの額が **7,000 点（7 万円）以上**となった場合に必要なものです（医療保険の高額療養費の対象となる場合は調整が必要になるため）。
- **学校等へ提出するに当たり、封筒に学校等の名称、児童生徒等の氏名を必ず記入の上、封入し提出してください。**

①児童生徒等の氏名		②7,000 点以上となった療養の年月	年　　月

③－1 保護者※について、市区町村民税の課税の有無について記載してください。（該当する□の箇所に✓印を付けてください。）

※ここに記載する保護者とは、被災児童生徒等が加入している医療保険の被保険者になります。国民健康保険加入の場合は、世帯の代表者たる世帯主（納税義務者）、被災生徒が独自に生計を立てている場合は本人について記載してください。

□ 課税されている	□ 課税されていない

③－2　**課税されている場合**　➡ **課税されていない場合は④、⑤へ**

□ ②の療養年月の医療費が 19,200 点（192,000 円）を超えている	□ ②の療養年月の医療費が 19,200 点（192,000 円）以下

③－3　**超えている場合**　➡ **19,200 点以下の場合は④、⑤へ**

□ **国民健康保険に加入している → 市区町村役場が発行する「所得課税証明書」を添付してください**

◎市区町村役場が発行する、同一の世帯全員の年間総所得額が記載された「所得課税証明書」又は、加入員（所得のある方）全員の「所得課税証明書」（療養年月に適用されていた課税状況が分かる書類※）を添付してください。

※②の療養月が 4 月から 7 月の場合は前年度の所得課税証明書を、1 月から 3 月、8 月から 12 月の場合は療養月の属する年度と同一年度の所得課税証明書を添付してください。

□ **国民健康保険 以外 に加入している → この用紙下段の「標準報酬月額等に関する証明」を記載いただいてください**

◎保護者のお勤めの事業所にて、標準報酬月額等の証明をしていただいてください。

④　**②の療養年月と同じ月に、被災児童生徒等の兄弟姉妹等が学校等の管理下の災害で、一か月の医療費が 7,000 点以上かかり、その医療費をセンターに請求しているものがある場合は記載してください。**（該当がない場合記載の必要はありません。）

兄弟姉妹等の氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿	学校（保育所等）名称 ＿＿＿＿＿＿＿＿ 学校（保育所等）所在地 ＿＿＿＿＿＿＿＿

⑤　**同一の世帯※で、②の療養年月を起算月として過去 1 年間に医療保険各法により高額療養費を支給された、又は支給される予定の回数を記載してください。**（該当の回数の□に✓印を付けてください。）

□ 1 回	□ 2 回	□ 3 回以上	□ 該当なし

※ここでいう「同一の世帯」とは同じ健康保険証（組合員証）に加入されている者をいい、生計が同じ世帯であっても「同一の世帯」にはならない場合があるので御注意ください。

上記のとおりです。

年　　月　　日

保護者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

標準報酬月額等に関する証明（事業所における記載欄）

事業所担当者の方へお願い

この証明は、申請者（貴所属の従業員）のご家族（又は本人）が、学校等の管理下で災害にあい、独立行政法人日本スポーツ振興センターに災害共済給付の請求を行うために必要とするものです。お手数ですが、以下の項目について証明していただくようお願いいたします。

証明を受ける者（従業員）の氏名		
療養のあった年月に係る健康保険等の標準報酬月額等	年　　月現在 （※上記②の療養年月）	千円

上記のとおりであることを証明します。

年　　月　　日

事　業　所　名

事業所長の役職・氏名

注１　上記に係る証明などの必要書類は、その内容に変更があったり、一定の期間を経過した場合など、必要に応じて再提出していただきます。

２　この用紙は、日本産業規格Ａ４縦型とします。