

記入例

【注意点】
高額療養費に該当する場合は自己負担限度額に総医療費の1割を加えた額を支給します。

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・治療用具代等のそれぞれの額が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。

①②は記載もれのないようご注意ください。

③-1は該当するものにチェックを入れてください。

1か月の医療費が19,200点を超えていて、国民健康保険に加入の場合は、『所得課税証明書』を添付してください。

兄弟姉妹等で、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場合のみ記載してください。

⑤は該当するものにチェックを入れてください。

お勤めの事業所にて記載いただいでください。

センターでの高額療養に係る給付例と医療保険での高額療養費の払戻例

入院に係った総医療費が800,000円の場合、窓口支払では3割負担分なので240,000円を支払います。課税者ウ※の世帯であれば、自己負担限度額を超える支払いをしているため、医療保険に申請すると払い戻されます。（※標準報酬月額をとる場合 280,000円以上530,000円未満）

●医療機関での支払（入院の総医療費800,000円の場合）	
窓口支払（3割負担分）：240,000円	
自己負担限度額 80,100円+(800,000円-267,000円)×1% =85,430円	限度額を超えた金額（高額療養費） 240,000円-85,430円 =154,570円 （医療保険から払い戻される額）
払い戻された場合の保護者の実質負担額は85,430円となります（医療保険に申請しないと払い戻されません）。	
●センターの給付額	
センター給付額：165,430円（①+②）	
自己負担限度額 80,100円+(800,000円-267,000円)×1% =85,430円①	療養に伴って要する費用（医療費の1割） 800,000円×10% =80,000円②

センターでは通常は総医療費の3割に1割を加えた額を支給しますが、図のように、高額療養費に該当する場合は自己負担限度額に総医療費の1割を加えた額を支給します。

①児童生徒等の氏名 **安全 太郎** ②7,000点以上となった療養の年月 平成 **27** 年 **4** 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 ②の療養年月の医療費が19,200点（192,000円）を超えている 課税されていない場合は④、⑤へ

③-3 課税されていない場合 ②の療養年月の医療費が19,200点（192,000円）以下 課税されている場合は④、⑤へ

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 **安全 花子** 学校（保育所）名称 **学校法人〇〇学園〇〇幼稚園**
学校（保育所）所在地 **〇〇市〇〇町〇-〇-〇**

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で、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。
平成 **27** 年 **5** 月 **1** 日
保護者氏名 **安全 一郎**

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 **安全 一郎** 平成 **27** 年 **4** 月現在（※上記②の療養年月）

療養のあった年月に係る健康保険等の標準報酬月額等 **480** 千円 掛金算定方式* 給料月額 給料月額

*地方公務員で、標準報酬月額方式をとらない場合には、掛金算定の給料月額を記載してください。この場合、「□給料月額」の□に✓印を付けてください。

上記のとおりであることを証明します。
平成 **27** 年 **5** 月 **1** 日

事業所名 **株式会社〇〇〇〇** 印
事業所長の職・氏名 **代表取締役社長 健康 太郎**

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。
注2 この用紙は、日本工業規格A4縦型とします。

給料月額の場合

証明を受ける者（従業員）の氏名 **安全 一郎** 平成 **27** 年 **4** 月現在（※上記②の療養年月）

療養のあった年月に係る健康保険等の標準報酬月額等 **425** 千円 掛金算定方式* 給料月額 給料月額

*地方公務員で、標準報酬月額方式をとらない場合には、掛金算定の給料月額を記載してください。この場合、「□給料月額」の□に✓印を付けてください。

上記のとおりであることを証明します。
平成 **27** 年 **5** 月 **1** 日

事業所名 **〇〇市役所** 印
事業所長の職・氏名 **市長 健康 次郎**

◎高額療養費の払戻手続きについて

自己負担限度額を超えた高額療養費の払戻手続きは、加入している医療保険の保険者に、被保険者が行うこととなります。払戻手続きの詳細については、加入している医療保険にお問合せください。