

高額療養状況の届

市区町村民税課税の有無等の届

| | | |
|--|----------------------------------|---|
| 被災児童生徒等の氏名 | 療養のあった年月 | 平成 年 月 |
| ① 市区町村民税課税の有無 | <input type="checkbox"/> 課税されている | <input type="checkbox"/> 課税されていない |
| ② 療養月と同じ月に、被災児童生徒等の家族が学校等の管理下の災害で、医療費が7万円以上かかり、その医療費をセンターに請求しているものがあるとき。 | 兄弟姉妹等の氏名 | |
| | 学校(保育所)等名称 | |
| | 所在地 | |
| ③ 同一の世帯で、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とき、又は支給予定があるとき、その回数。 | <input type="checkbox"/> 3回以上 | <input type="checkbox"/> 3回未満 <input type="checkbox"/> 該当なし |

上記のとおりです。

平成 年 月 日

保護者氏名

保護者の方へ

*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必要なものです。
 *1か月の医療費が7,000点(70,000円)以上26,700点(267,000円)までの請求には、この用紙上段の「市区町村民税課税の有無等の届」を保護者において記入し、学校等へ提出してください。
 *1か月の請求額が26,700点(267,000円)を超えたときは、上記のほかには次の証明が必要です(ただし、市区町村民税非課税の方は不要です。)
 1) 国民健康保険以外に加入の方＝この用紙下段の「標準報酬月額等に関する証明」
 2) 国民健康保険に加入の方＝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」(療養月に適用されていた課税状況が分かる書類)。
 *学校等へ提出するに当たり、封筒に学校等の名称、被災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。

〔国民健康保険加入の方で、267,000円を超える請求の場合は、下記の証明に代わって、市区町村の発行する「所得課税証明書」を提出してください。〕

標準報酬月額等に関する証明

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

平成 年 月現在

療養のあった年月に係る健康保険等の標準報酬月額等

千円 掛金算定方式*

* 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、掛金算定方式の欄に「給料月額」と記載してください。

上記のとおりであることを証明します。
平成 年 月 日

事業所名

事業所長の職・氏名

印

保護者における記載欄

事業所における記載欄

高額療養費がかかった年月を記入してください。被災児童生徒等ではなく、保護者について記載してください。なお、被災生徒等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。①及び③については、該当する□の個所に、✓印を付けてください。

注 1 ここでの「同一の世帯」とは、同じ健康保険証(組合員証)に記載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。
 2 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。
 3 この用紙は、日本工業規格A4縦型とします。