

# 記入例

別記様式第5号

## 県老医療費助成申請書

令和 年 月 日

長岡市長 様

住所 長岡市大手通1丁目4番地10  
 申請者 氏名 長岡 一郎

下記のとおり金 円の医療費の助成を申請します。  
 なお、この申請に関し、高額医療費相当額に係る自己負担限度額について、  
 保険者に対し必要な調査をされることに同意します。

受給者証番号	0123456		保険者名	長岡市		
受給者氏名	長岡 一郎		記号・番号	長岡 0123456789		
			被保険者氏名	長岡 一郎		
振込指定機関	銀行名	〇〇銀行××支店	口座番号	1234567	氏名	長岡 一郎
※	他法負担額		一部負担額		決定額	

- 注1. ※印欄は記入しないでください。  
 2. 助成申請額の算定方法等は、裏面を参照してください。

高額医療費相当額申請用 (診療月 令和 年 月)		※1 高額医療費相当額の助成を 証明もこ	
※ここからは記入しないでください。			
外			
入			
訪問看護・療養費			
食事療養	当月分負担額	円	円× 食 円× 食
他法負担の有 無	障害者自立支援法・特定疾患治療研究事業 母子保健法・児童福祉法・その他 ( )	公費分点数	公費分の自己負担額 円

上記のとおり領収しました。  
 令和 年 月 日

所在地 医療機関等 名称 氏名 印

様

- 注1. 上記の内容が確認できる領収書等を添付することで、医療機関等における記入を省略することができます。  
 2. 同一月中に、外来と入院と訪問看護があった場合には、それぞれの助成申請書（領収書）が必要です。

(裏)

## 注意事項

### 1 助成申請書の計算方法

(1) 対象者の療養に要した費用から他法負担額、保険給付額及び次の一部負担金を控除した額が申請額となります。

一部負担金 医療費の2割(経過措置対象者は1割)

一部負担金が一定額を超えた場合には、申請により市町村から超過額が払い戻されます。

(2) 入院時の食事療養に係る標準負担額については、保険者から減額認定証の交付を受けている方が対象となります。

この場合は、減額された標準負担額が申請額となります。

(高額医療費相当額の助成申請について)

一部負担金については、以下の額を超えた額が、申請により市町村から払い戻されます。

	受給者が1ヶ月に支払った外来の一部負担金	受給者が1ヶ月に支払った一部負担金の合計額
① 一般の方	18,000円	57,600円 (44,000円)
②市町村民税非課税の世帯に属する方(③以外の方)	8,000円	24,600円
③②の内、所得が一定の基準に満たない方		15,000円

※ ( )内は多数回該当の場合

なお、一部負担金については、有効期間内においても変更となる場合があります。

2 同一个月内に、外来と入院と訪問看護があった場合には、それぞれの助成申請書が必要です。

- (例)
- |                         |    |
|-------------------------|----|
| (1) 外来、入院又は訪問看護のいずれかの場合 | 1枚 |
| (2) 外来と入院の場合            | 2枚 |
| (3) 外来と入院、再入院の場合        | 2枚 |
| (4) 外来と入院と訪問看護の場合       | 3枚 |

3 不明な点は、市町村の担当窓口におたずねください。