

**記入例**

**【注意】**  
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來・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。）  
 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  ②の療養年月の医療費が19,200点（192,000円）以下

③-3 ②を超えている場合  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  
 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」を記載いただいでください

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 **安全 花子** 学校（保育所等）名称 **学校法人〇〇学園〇〇幼稚園**  
 学校（保育所等）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

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	<b>安全 一郎</b>	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	<b>480</b> 千円	掛金算定方式* <input checked="" type="checkbox"/> 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	<b>425</b> 千円	掛金算定方式* <input checked="" type="checkbox"/> 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。