

保険給付内容に関する証明について

受給者証を使用しないで受診した等により、医療費助成の自己負担額を超えて支払った場合は、市役所で払戻しの手続きをすることができます。次に該当する場合は「保険給付内容に関する証明」（1 医療機関、ひと月につき1 枚）が必要となりますので、ご加入の健康保険組合等に証明を依頼してください。

- ・医療機関の窓口で医療費を全額（10割）払った場合
- ・治療用装具を製作した場合
- ・高額療養費、付加給付金が給付される場合

※健康保険組合等へ療養費（7～8割分）や高額療養費等の請求を別途していただく必要があります。

※帯広市国民健康保険、北海道後期高齢者医療広域連合に加入している方は、「保険給付内容に関する証明」は不要場合があります。一度こども課にご相談ください。

（療養費や高額療養費等の請求は必要です）

記載例

保険者：全国健康保険協会、健康保険組合、共済組合等
 被保険者：健康保険に加入している方（扶養に入っている方ではありません）

保険給付内容に関する証明

（被保険者記載欄）

証明対象医療	被保険者（組合員）証の記号番号	記号 1234567	番号 123
	医療を受けた者の氏名（医療助成対象者）	帯広 花子	
	診療年月	平成・令和 5年 5月 診療	
医療	医療を受けた病院・診療所・薬局及び業者等	所在地	帯広市西〇条南〇丁目〇番〇号
		名称	〇〇病院

帯広市の医療費助成金の支給を申請するため、上記の医療に係る保険給付内容について証明願います。なお、附加給付・世帯合算・高額療養費等に該当していれば、併せて証明願います。

令和 **5年 6月 5日**

住所 **帯広市西〇条南〇丁目〇番〇号**
 被保険者（組合員）氏名 **帯広 太郎**
 電話 **0155 - 23 - 4567**

（以下、保険者記載欄）※切り取らないでください

医療内容及び給付額等		◎「医療の内容」、「保険給付額等」欄は、該当項目に〇印及び数値をご記入ください。 ◎補装具の場合、「入院・入院外区分等」及び「期間」は記載不要ですが、「医師が装具の装着の必要を認めた日」と「装着日」をご記入ください。なお、小児弱視等の治療用眼鏡等の「装着日」が確認できない補装具の場合は「装着日」の記載は不要です。	
医療の内容	医科・歯科等区分	① 内科・歯科・調剤・訪問看護・補装具・その他（ ）	
	入院・入院外区分等	① 入院	期間 1日 ～ 15日 まで 15日 間
	医療費総額（10割額） 《保険外医療費を除く》	1350100	医師が装具の装着の必要を認めた日（指明日） (年 月 日) 装着日(年 月 日)
	初診料算定の有無	有①（1回）・無し	限度額認定証使用の有無 有り・無①
保険給付額等	療養費（現金給付） 《上記医療費総額を全額受給者が支払っている場合》	※高額療養費が世帯合算により給付される場合は、証明対象医療と合算対象となる医療費を次に記入してください。	
	高額療養費（世帯・多数） 区分（ア・イ・⑤・エ・オ） 《世帯合算の場合は合算額》	332209	氏名 帯広 次郎
	1.一部負担還元金 2.家族療養附加金 《世帯合算の場合は合算額》		医療費10割額 自己負担割合 限度額認定使用の有無 528,000円 (3割) 有り・無①
	計	332209	1 2 3 円 (割) 有り・無し 円 (割) 有り・無し

上記のとおり、被保険者（組合員）に対して給付したことを証明します。

令和 **5年 8月 10日**

保険者番号 **01234567**
 保険者所在地 **〇〇市西〇条南〇丁目〇番〇号**
 名称 **〇〇健康保険組合**
 電話 **012 - 123 - 4567**

〇〇健康保険組合の印

※保険者側で被保険者の印が押された原本が必要な場合は原本をコピーし、コピーに保険者の印を押印して被保険者に交付してください

健康保険証に記載されている記号・番号をご記入ください。

受給者の被保険者が記載・押印

医療機関から発行された医療費領収書に記載されている所在地・名称をご記入ください。治療用装具の場合の所在地・名称は義肢製作所、眼鏡販売店等を記入し、名称の後ろに（ ）書きで証明発行医療機関名も記載してください。

保険者が記載・押印