

申請方法

- ①申請者記入欄に、受給資格者証や保険証をご確認の上、黒のボールペン等で記入し署名又は記名押印してください。申請書は医療機関等ごとに（病院や薬局等は別々に）1枚ずつ必要です。
- ②診察を受けた翌月10日以降に、医療機関等で前月診療分の保険診療証明を受けてください。ただし、医療領収書（受診者氏名、保険点数、負担割合、診療科等、入院・外来の別が明記されている）はその証明のかわりとなりますので、原本を1日から末日まで（支払日ではなく診療日）まとめて添付してください。

※控えが必要な方は、あらかじめコピーをとり医療領収書原本を添付するか、保険診療証明を受けてから申請してください。医療費助成を受ける分は医療費控除（確定申告）の対象とはなりません。

●病院や薬局へ支払った額（保険診療）を申請により助成します

支払額（保険診療）から高額療養費や附加給付を控除した額を助成します（条例第2条第4項）。予防接種、健康診断、証明手数料、選定療養費、入院時差額室料などの保険外並びに介護保険分は対象外となります。

●申請期間は診療月の翌月初日から1年以内です

例えば、令和2年4月受診分は、令和2年5月から令和3年4月までとなります（条例第5条第2項）ので、余裕をもって申請してください。

●申請の受付は毎月月末締めきり、翌月末に振込予定です

「シモツケシイリヨウヒ」と通帳に記帳されますのでご確認ください。

下野市国民健康保険及び栃木県後期高齢者医療の方は、高額療養費支給確認のため、早くても診療月から3ヵ月後の振込となります。

●治療用補装具等を作った方へ

療養費支給を受けた方は、療養費支給決定通知と領収書及び医師の意見書の写しを添付して申請してください。

●郵送での申請も受付けています

封筒に切手を貼り、受給資格者の住所・氏名を記入して、社会福祉課へお送りください。（送料不足の場合はお受けとりできません。）

●「一部負担金21,000円以上支払った家族の有無」について

ご本人の支払額が1ヵ月に1つの病院等で21,000円を超えたときは、同じ保険のご家族について同じ月に1つの病院等で21,000円以上支払った方がいるかどうかご記入ください。「有」の場合はその月を（ ）にご記入ください。

ご本人の支払額、ご本人や同じ保険のご家族に21,000円以上の支払が複数ありそれらの合計額が、下記の限度額を超えたときは、加入保険から高額療養費が支給されますので、支給決定通知書の写しを添付してください（下野市国民健康保険、栃木県後期高齢者医療の方を除きます）。高額療養費は診療月の3～4ヵ月後に支給通知されますが、自動給付とならないときは加入保険に申請してください。限度額適用認定証等があっても高額療養費が支給される場合があります。

◎高額療養費に係る自己負担限度額

区分	所得金額	自己負担限度額	4回目以降※
ア	標準報酬月額 83万円以上の場合	252,600円 + (医療費 - 842,000円) × 1%	140,100円
イ	標準報酬月額 53万～83万円未満の場合	167,400円 + (医療費 - 558,000円) × 1%	93,000円
ウ	標準報酬月額 28万～53万円未満の場合	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1%	44,400円
エ	標準報酬月額 28万円未満の場合	57,600円	44,400円
オ	住民税非課税世帯	35,400円	24,600円

※直近12ヶ月間で高額療養費が3回以上支給された場合

◎高額療養費の計算のしかた

- ・月の1日から末日までを1ヵ月として計算します。
- ・医療機関等ごとに計算します。
- ・同じ医療機関等でも内科と歯科、入院と外来は別々に計算します。
- ・入院時の食事代等や差額室料などの保険外負担は支給の対象外となります。

お問合せ先 下野市役所 社会福祉課 医療費助成グループ ☎0285 (32) 8902
〒329-0492 栃木県下野市笹原26番地

※下野市の制度は他市区町村と異なる場合があります。詳しくはご利用の市区町村にご確認ください。