

# 記入例

【月の保険自己負担額が21,000円を超えた方へ】

月の医療費（入院・外来、医療機関別）の保険自己負担額が21,000円を超える場合、健康保険制度における「高額療養費」や「合算高額療養費」、各種健康保険組合の「附加給付」を受けられる可能性があります。ご加入の健康保険に被保険者の所得区分や自己負担上限額、高額療養費や合算高額療養費、附加給付金などの支給状況について調査確認を行い、子ども医療費の助成額を決定することとなります。つきましては、助成金を受けるために下記同意書をご提出ください。

## 同意書

子ども医療費助成金を受けるにあたり、私の健康保険上の被保険者の所得区分、高額療養費に関する情報、健康保険組合の附加給付金に関する情報につき、宮崎市が私の加入する健康保険の保険者に報告を求めることに同意します。

記入日

令和 2 年 4 月 1 日

宮崎市長 殿

被保険者様本人が署名される場合は押印不要です。

被保険者様でない方が記名される場合は押印が必要です。

氏 名  
(被保険者本人)

宮崎 太郎

印

※記名押印にかえて、署名することができます。

助成対象の受診月時点での、  
お子様の健康保険証の被保険者氏名をご記入ください。  
※ 健康保険証をご確認ください。

(例えば、お子様の保険の扶養主がお父様であれば、  
被保険者氏名はお父様のお名前になります。)