

【月の保険自己負担額が21,000円を超えた方へ】

## 記入例

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、宮崎市が、私及び私の扶養者の所得区分、健康保険上の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いて、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。

令和 年 月 日

宮崎市長 殿

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。)

氏 名

(被保険者本人)

印

※記名押印にかえて、署名することができます。