

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来・入院に係る療養・治療用装具代等のいずれかの額が 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。

|           |                     |     |
|-----------|---------------------|-----|
| ①児童生徒等の氏名 | ②7,000 点以上となった療養の年月 | 年 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。（該当する口の箇所に✓印を付けてください。）  
※ここに記載する保護者とは、被災児童生徒等が加入している医療保険の被保険者になります。国民健康保険加入の場合は、世帯の代表者たる世帯主（納税義務者）、被災生徒が独自に生計を立てている場合は本人について記載してください。

|                                  |                                   |
|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 課税されている | <input type="checkbox"/> 課税されていない |
|----------------------------------|-----------------------------------|

③-2 課税されている場合 課税されていない場合は④、⑤へ

|                                                                |                                                            |
|----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ②の療養年月の医療費が 19,200 点（192,000 円）を超えている | <input type="checkbox"/> ②の療養年月の医療費が 19,200 点（192,000 円）以下 |
|----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|

③-3 超えている場合 19,200 点以下の場合は④、⑤へ

|                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 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<br>◎市区町村役場が発行する、同一の世帯全員の年間総所得額が記載された「所得課税証明書」又は、加入員（所得のある方）全員の「所得課税証明書」（療養年月に適用されていた課税状況が分かる書類※）を添付してください。<br>※②の療養月が 4 月から 7 月の場合は前年度の所得課税証明書を、1 月から 3 月、8 月から 12 月の場合は療養月の属する年度と同一年度の所得課税証明書を添付してください。 |
| <input type="checkbox"/> 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」を記載いただください<br>◎保護者のお勤めの事業所にて、標準報酬月額等の証明をしていただください。                                                                                                                                                           |

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 | 学校（保育所等）名称  |
|          | 学校（保育所等）所在地 |

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。（該当の回数の口に✓印を付けてください。）

|                              |                              |                                |                               |
|------------------------------|------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 回 | <input type="checkbox"/> 2 回 | <input type="checkbox"/> 3 回以上 | <input type="checkbox"/> 該当なし |
|------------------------------|------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|

※ここでの「同一の世帯」とは同じ健康保険証（組合員証）に加入されている者をいい、生計が同じ世帯であっても「同一の世帯」にはならない場合があるので御注意ください。

上記のとおりです。

年 月 日

保護者氏名

|                               |                                                                                                                                             |                      |    |
|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----|
| 標準報酬月額等に関する証明<br>（事業所における記載欄） | 事業所担当者の方へお願い<br>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                                                                                                                             |                      |    |
|                               | 療養のあった年月に係る健康保険等の標準報酬月額等                                                                                                                    | 年 月現在<br>（※上記②の療養年月） | 千円 |
|                               | 上記のとおりであることを証明します。<br>年 月 日<br>事業所名<br>事業所長の役職・氏名                                                                                           |                      |    |

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。  
2 この用紙は、日本産業規格 A 4 縦型とします。

## 記入例

### 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来・入院に係る療養・治療用器具代等のいずれかの額が7,000点（7万円）以上となった場合に必要なもの（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。

|           |       |                    |         |
|-----------|-------|--------------------|---------|
| 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 | 令和4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。）  
※ここに記載する保護者とは、被災児童生徒等が加入している医療保険の被保険者になります。国民健康保険加入の場合は、世帯の代表者たる世帯主（納税義務者）、被災生徒が独自に生計を立てている場合は本人について記載してください。

|                                             |                                   |
|---------------------------------------------|-----------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 課税されている | <input type="checkbox"/> 課税されていない |
|---------------------------------------------|-----------------------------------|

③-2 課税されている場合 → 課税されていない場合は④、⑤へ

|                                                                        |                                                         |
|------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> ②の療養年度の医療費が19,200点（192,000円）を超えている | <input type="checkbox"/> ②の療養年度の医療費が19,200点（192,000円）以下 |
|------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|

③-3 超えている場合 → 19,200点以下の場合は④、⑤へ

☐ 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  
※市区町村役場が発行する、同一世帯全員の年間総所得額が記載された「所得課税証明書」又は、加入員（所得のある方）全員の「所得課税証明書」（療養年度に適用されていた課税状況が分かる書類※）を添付してください。  
※②の療養年度が4月から7月の場合は前年度の所得課税証明書を、1月から3月、8月から12月の場合は療養年度の属する年度と同一年度の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」を記載いただけてください  
※保護者のお勤めの事業所にて、標準報酬月額等の証明をしていただけてください。

④ ②の療養年度と同じ月に、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の療養年度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。）

|                             |                             |                                          |                               |
|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1回 | <input type="checkbox"/> 2回 | <input checked="" type="checkbox"/> 3回以上 | <input type="checkbox"/> 該当なし |
|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------------------|-------------------------------|

※ここでいう「同一の世帯」とは同じ健康保険証（組合員証）に加入されている者をいい、生計が同じ世帯であっても「同一の世帯」にはならない場合があるので御注意ください。

上記のとおりです。

令和4年 6月 1日

保護者氏名 安全 一郎

|                               |                                                                                                                             |                                 |
|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| 標準報酬月額等に関する証明<br>（事業所における記載欄） | 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                                                                                                             | 安全 一郎                           |
|                               | 療養のあった年月に係る健康保険等の標準報酬月額等                                                                                                    | 令和4年 4月現在<br>（※上記②の療養年月） 480 千円 |

上記のとおりであることを証明します。  
令和4年 6月 1日

事業所名 株式会社〇〇〇〇  
事業所長の役職・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。  
2 この用紙は、日本産業規格A4縦型とします。

## 【注意点】

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。

①②は記載もれのないようにご注意ください。

③-1は、該当するものにチェックを入れてください。

※国民健康保険加入の場合は、世帯の代表者たる世帯主（納税義務者）、被災生徒が独自に生計を立てている場合は本人について記載してください。

③-2は、同一の療養月に7,000点以上が2つ以上ある場合は、合算してください。

③-3は、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。

④は、兄弟姉妹等で、医療費が7,000点以上かかり、その医療費をJSC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。

※「高額療養状況の届」を提出した回数ではありません。

お勤めの事業所にて記載いただけてください。

## 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<br>80,100円＋（800,000円－267,000円）×1%<br>＝85,430円 | 限度額を超えた金額（高額療養費）<br>240,000円－85,430円<br>＝154,570円<br>（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<br>80,100円＋（800,000円－267,000円）×1%<br>＝85,430円① | ※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。 |
| 療養に伴って要する費用（医療費の1割）<br>800,000円×10%<br>＝80,000円②       |                                                                                 |

## ◎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。