

(表)

社会保険等加入状況証明書

心身障害者医療費助成受給者に係る付加給付及び自己負担限度額等調査票

①保険者名称		②保険者番号	
被 保 険 者	③氏名	④記号・番号	
	⑤資格取得 年月日	年 月 日 から 年 月 日	
被 扶 養 者	⑥氏名	⑦記号・番号	
	⑧資格取得 年月日	年 月 日 から 年 月 日	
⑨所得区分 (自己負担限度 額区分)		ア・イ・ウ・エ・オ (年 月 日現在の区分)	
⑩付加給付		有・無 (有の場合その内容。※別途資料を添付可能)	

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

事業所 住所
名称
電話

印

(裏)

【目的】

この調査は、東松島市中心身障害者医療費助成（以下、「医療費助成」という。）を実施するにあたり、対象者の診療に係る自己負担限度額及び付加給付制度を把握し、適正に医療費助成を行うためのものです。

【記入方法】

- ① 保険者名称 例) 宮城県市町村職員共済組合、全国健康保険協会宮城支部
- ② 保険者番号 例) 32040412 、 01040013
- ③ 被保険者氏名 例) 東松 一郎
- ④⑦ 記号・番号 例) 1234567-890
- ⑤⑧ 資格取得年月日 例) 平成17年4月1日から〇〇年〇月〇〇日…加入中であれば空白)
- ⑥ 被扶養者氏名 今回の調査は、医療費助成の対象者の状況を把握するものであることから、調査対象者が本人が③被保険者である場合は、記入不要です。
- ⑩ 付加給付 制度内容を確認できる資料を添付する場合は、当該制度内容の記載は不要です。

⑨所得区分（自己負担限度額区分） ▼市が指定する基準日で記入してください。

所得区分	
区分 ア	標準報酬月額83万円以上の方
区分 イ	標準報酬月額53万円から79万円の方
区分 ウ	標準報酬月額28万円から50万円の方
区分 エ	標準報酬月額26万円以下の方
区分 オ	被保険者が非課税の方