

枚方市国民健康保険

「医療費一部負担金減免制度」のお知らせ

国民健康保険法第44条に基づき、一部負担金を支払うことが困難であると認められる場合に、次の基準で、医療費の一部負担金の減額・免除・徴収猶予を行うことができますことになりました。(国保の被保険者の人で、老人保健制度適用の人は除く)

《対象要件》

申請日において、保険料の滞納がなく(ただし、分納履行中は除く)、活用する資産・預貯金(生活費を除く)がないこと。

《減免基準》

①災害により重大な損害を被った場合

全壊・全焼…100%

半壊・半焼…50%

②著しく収入が減少し、支払いが困難な場合

支払えない医療費額が、医療費総額の50%以上のとき…100%

” ” ” ” の50%未満のとき…50%

③②の場合で、資力の回復が見込まれる場合…徴収猶予(最高6ヵ月まで)

《減免期間》

減額・免除の期間は、3ヵ月で、更新3ヵ月を含み6ヵ月を限度としています。

《申請方法》

「減免申請書」に次の書類を添えて申請します。

- ①「医師の意見書」
- ②「収入状況表」
- ③「資産・収入調査に関する同意書」
- ④「罹災証明書」(災害の場合)等

《適用について》

原則申請月の1日から適用。但し、外来分については申請日から適用。

《施行年月日》 平成17年4月1日

枚方市規則第20号「枚方市国民健康保険一部負担金の減免等の措置に関する規則」

枚方市国民健康保険課 給付グループ
電話 072-841-1221 (代表)

減 額
枚方市国民健康保険一部負担金 免 除 申 請 書
徴 収 猶 予

被 保 険 者 証	記 号	枚 国	番 号	
住 所				
世 帯 主 氏 名				
受 診 者 氏 名			生 年 月 日	昭 和 年 月 日
療 養 担 当 病 (医) 院 名				
保 険 薬 局 名				
申 請 事 項	1 猶 予	平 成 年 月 日 から 平 成 年 月 日 まで		
	2 減 額			
	3 免 除			
申 請 理 由				

上記のとおり申請します。

また、要件確認に必要な場合は、金融機関等に照会することに同意します。

平 成 年 月 日

申 請 者 住 所

氏 名

印

枚 方 市 長

意見書

(医科)

(歯科)

被保険者証		記号	枚国	番号	氏名		
傷病名	医科	(1)	診療開始年月日	平成	年	月	日
		(2)		平成	年	月	日
	(3)	平成		年	月	日	
	(4)	平成		年	月	日	
	歯科	(部位)		平成	年	月	日
治療期間		治療見込期間		氏名			
通院治療期間				平成	年	月	日
入院治療期間				平成	年	月	日
通算治療期間				平成	年	月	日
特記事項							
治療費の支払状況		上記傷病にかかる治療費については、 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日分まで支払済 <input type="checkbox"/> 支払なし					
上記のとおり治療の必要を認めます。 平成 年 月 日 枚方市長 保険医療機関等名 担当医師名 印							

家 族 及 び 収 入 状 況 調

(世帯構成 全員及び別居の直系親族)

(1)世帯の収入の状況(平成 年 月 日 現在)

氏 名	生 年 月 日	続 柄	勤務先・事業名・学校名(学年)	月 収
	満 才	世帯主		
	満 才			
	満 才			
	満 才			
	満 才			
	満 才			
	満 才			

(2)資産の状況

①現在居住の家以外に、土地・家屋をお持ちですか。

(は い ・ い い え)

②預貯金はどれくらいありますか。

(万円)

③その他資産をお持ちですか。

(例:有価証券・美術品など) (は い ・ い い え)

「はい」の場合は、お持ちのものを記入してください