日本スポーツ振興センター

1か月の医療費が7，000点（70，000円）を超えた場合、以下の書類が必要です。

【1か月の医療費とは外来･入院に係る療養、治療用装具代等それぞれの額です】
【同一月に7,000点（70,000円）以上が複数ある場合は合算します】

・1か月の医療費が26,700点（267,000円）以下の場合
・市区町村民税の非課税者

⇨ 「高額療養状況の届」の「保護者における記載欄」（上段部分）を保護者において記入していただきます。

・市区町村民税の課税者で１か月の医療費が26,700点（267,000円）を超えている場合

国民健康保険以外の保険加入者

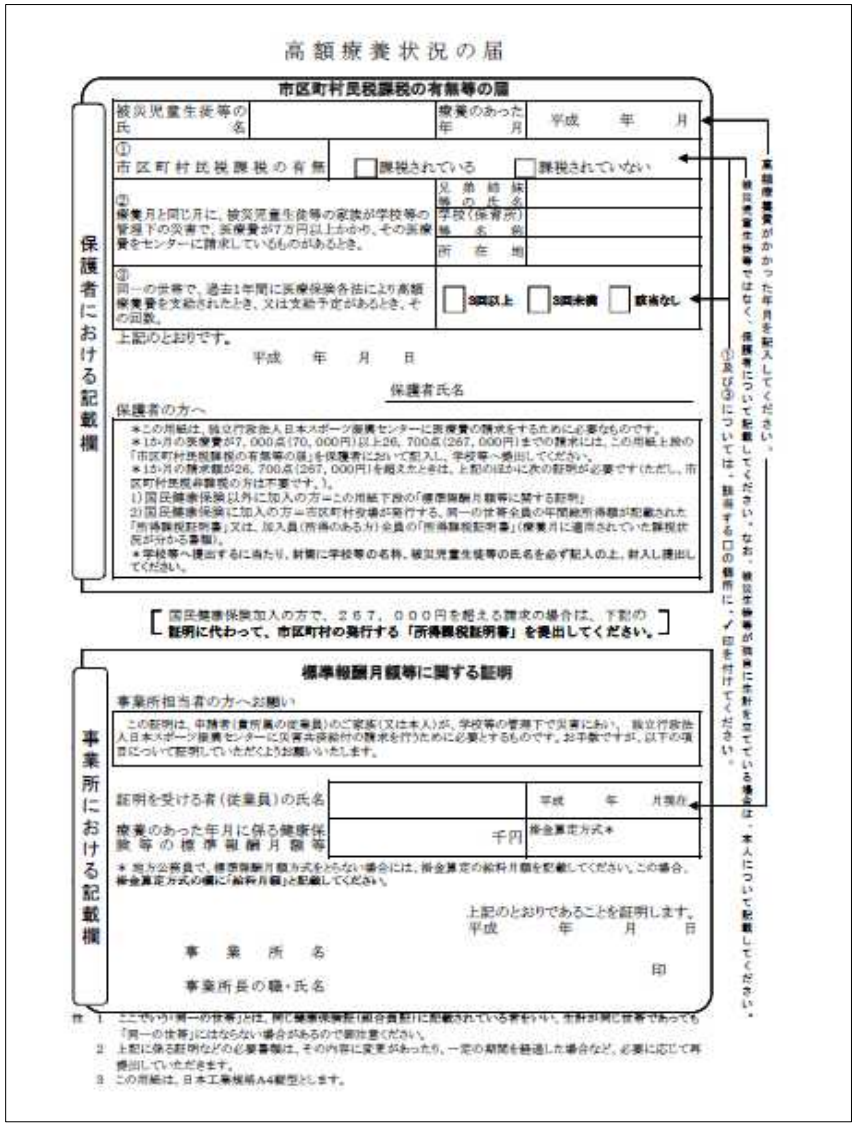
⇨ 「高額療養状況の届」の「保護者における記載欄」（上段部分）を保護者において記入し、同じ用紙の下段部分にある「事業主における記載欄」に保護者の方の標準報酬月額（地方公務員の一部は掛金算定の給料月額）を事業主に記載していただきます。

国民健康保険の加入者

⇨ 「高額療養状況の届」の「保護者における記載欄」（上段部分）を保護者において記入していただきます。

＋

市区町村の発行する「所得課税証明書」が必要です。



高額療養状況の届

市区町村民税課税の有無等の届

保護者における記載欄

被災児童生徒等の氏名		療養のあった年月	平成　年　月
①市区町村民税課税の有無	□課税されている　□課税されていない		
②療養月と同じ月に、被災児童生徒等の家族が学校等の管理下の災害で、医療費が7万円以上かかり、その医療費をセンターに請求しているものがあるとき。		兄弟姉妹等の氏名	
		学校（保育所）等名称	
		所在地	
③同一の世帯で、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とき、又は支給予定があるとき、その回数。	□3回以上　□3回未満　□該当なし		

上記のとおりです。

平成　年　月　日

保護者氏名

保護者の方へ

＊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必要なものです。
＊1か月の医療費が7，000点（70，000円）以上26，700点（267，000円）までの請求には、この用紙上段の「市区町村民税課税の有無等の届」を保護者において記入し、学校等へ提出してください。
＊1か月の請求額が26，700点（267，000円）を超えたときは、上記のほかに次の証明が必要です（ただし、市区町村民税非課税の方は不要です。）。
1）国民健康保険以外に加入の方…この用紙下段の「標準報酬月額等に関する証明」
2）国民健康保険に加入の方…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」（療養月に適用されていた課税状況が分かる事項）。
＊学校等へ提出するに当たり、封筒に学校等の名称、被災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。

高額療養費がかかった年月を記入してください。
被災児童生徒等ではなく、保護者について記載してください。なお、被災児童生徒等が複数に本計を出されている場合は、本人について記載してください。
①及び③については、該当する□の箇所に、✓印を付けてください。

［国民健康保険加入の方で、２６７，０００円を超える請求の場合は、下記の証明に代わって、市区町村の発行する「所得課税証明書」を提出してください。］

事業所における記載欄

標準報酬月額等に関する証明

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		平成　年　月現在
療養のあった年月に係る健康保険等の標準報酬月額等	千円	掛金算定方式＊

＊地方公務員で、標準報酬月額方式をとらない場合には、掛金算定の給料月額を記載してください。この場合、掛金算定方式の欄に「給料月額」と記載してください。

上記のとおりであることを証明します。
平成　年　月　日

事業所名

事業所長の職・氏名　　印

注 1　ここでいう「同一の世帯」とは、同じ健康保険証（組合員証）に記載されている者をいい、市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。
2　上記に係る証明などの必要事項は、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。
3　この用紙は、日本工業規格A4縦型とします。

プライバシーの保護について

「高額療養状況の届」を学校等へ提出するに当たり、封筒に学校等の名称、被災児童生徒等の氏名を必ず記入のうえ、封入し提出してください。

お問い合わせ先
練馬区教育委員会事務局
保健給食課　学校保健係
〒176-8501
練馬区豊玉北６－１２－１
電話　５９８４－５７２９（直通）