

## 高齢者(医療費助成制度)神栖市独自の支援

---

《通称 神福老人》

◎ 対象者

68歳・69歳の者

(※現役並み所得者及び高齢者の医療の確保に関する法律の規定に該当する者は対象者とはなりません。)

※現役並み所得者とは下記の条件に該当する人をいう。

(1)68歳以上75歳未満で課税所得が145万円以上の人。

<現役並み所得となる世帯の収入>

(2)68歳以上75歳未満の者が複数いる世帯の場合、合計年収入が520万円以上の世帯、

単身世帯の場合は383万円以上の人。

◎ 対象期間

68歳の誕生月の初日から70歳の誕生月の末日まで

◎ 手続きに必要なもの

※該当者には通知書を郵送します。

通知書, 保険証, 印鑑, 振込口座のわかるもの

◎ 支給方法

償還払い

・神栖市、鹿嶋市及び銚田市の医療機関においては「医療福祉費償還払申請書」(黄色の用紙)を提出のうえ、医療保険の一部負担金(3割)を支払い、後日市より自己負担分(1割)を除いた額(2割)が支給されます。

・上記以外の医療機関においては医療保険の一部負担金(3割)を支払い、領収書(氏名・保険点数が記載されている領収書、または保険適用分と自費分が明示されている領収書)を市に申請し、後日自己負担分(1割)を除いた額(2割)が支給されます。

**お問い合わせ先**

国保年金課 所在地/〒314-0192 茨城県神栖市溝口4991-5 場所/市役所1階

E-mail/ [hoken@city.kamisu.ibaraki.jp](mailto:hoken@city.kamisu.ibaraki.jp)

電話番号/0299-90-1142 FAX/0299-90-1324

国保年金グループ(国保) 電話番号/0299-90-1142

国保年金グループ(年金) 電話番号/0299-90-1145

特定健診グループ 電話番号/0299-90-1162

医療福祉グループ 電話番号/0299-90-1143

決	市長		課長		係長		課員		受付		年	月	日	
									伺い		年	月	日	
裁	支給内訳	自己負担額(老人負担 割) ①				円	支給		年	月	日	左のとおり決定して よろしいか。		起案者
		支給申請額(領収金額-①) ②				円								
		高額療養費 ③				円								
		付加給付額 ④				円								
		差引支給額 ②-(③+④)				円								

医科	歯科	調剤	柔整	訪問	医療機関コード
----	----	----	----	----	---------

有効期限 平成 25 年 2 月診療分まで

**神福** 医療福祉費償還払支給申請書  
( 月診療分)

神福)受給者証記号番号	茨一		受給者名		男 (女)
-------------	----	--	------	--	-------

生年月日	昭和 年 月 日
------	----------

被保険者証記号番号		保険種別	国・退・協・組・船・共・国組
-----------	--	------	----------------

本人・家族区分		保険者番号	
---------	--	-------	--

保険請求点数	点	公費負担等	精 結 点	患者負担割合	3 割	外来・入院の別	外 来 入 院 訪 問 看 護
		訪問看護	円	割 金 合 額	円		
		特定疾患 (難)					
		長期高額疾病 (長)					

診療実日数	日	領収金額	円
-------	---	------	---

訪問日 (訪問看護)	日 ( )
------------	-------

医療機関証明欄  
上記のとおりその費用を領収しました。  
なお、上記の内容についてはレセプト原本と相違ありません。  
平成 年 月 日  
保険医療機関等の所在地及び名称  
開設者氏名  
電話番号  
印

一部負担金2万円1千円以上支払った家族の有無	有・無
------------------------	-----

申請欄  
上記のとおり医療福祉費の支給を申請します。  
平成 年 月 日  
神 栖 市 長 殿  
受給者氏名  
印  
(注) 押印は、署名(自筆)の場合は、必要ありません。  
押印をば印に代えることは、差し支えありません。

※ 注 ① 神栖市、鹿嶋市及び銚田市内の保険医療機関等では、証明手数料はかかりません。  
② この申請書は、神栖市、鹿嶋市及び銚田市内の保険医療機関等を利用した場合に限り使用できます。  
③ 申請書には、必ず氏名を記入してください。