

診療費一部負担金の減免申請を希望される方へ

- ◆当院は 2019 年 1 月 4 日より、社会福祉法にもとづく第二種社会福祉事業として「無料及び低額診療事業」（以下、無料・低額診療事業）を実施しています。
- ◆申請したい方は、以下の説明を読んで、申請書に必要な書類を添えて提出してください。
- ◆わからないことがある場合は遠慮なく、当院の職員に声をおかけください。

1. 減免の対象者

- ①.世帯の所得が、国で定める生活保護基準の 140%以下の方とします。
- ②.医療費一部負担の支払いが困難な方で、院長が必要と認めた場合も対象となります。

2. 減免の基準

(1).減免の範囲

- ①.健康保険が適用される診療範囲内で発生する医療費一部負担金とします。
- ②.公費医療や福祉医療などの公的助成適用者を除きます。
- ③.その他、院長・所長が必要と認めたものも対象となります。

(2).減免率

- ①.世帯収入が生活保護基準の 120%未満 ⇨全額（100%）減額
- ②.世帯収入が生活保護基準の 120%以上 140%以下 ⇨半額（50%）減額
- ③.その他、院長の判断で減免率を決定する場合があります。

※基準となる生活保護費＝生活扶助費＋住宅扶助費です。

(3).減免の期間 原則 3 ヶ月以内とします。

3. 申請に必要な資料

(1).診療費減免申請書

(2).住民票

(3).収入の確認ができるもの

①.給与明細書（前3ヶ月分）もしくは、課税証明書、確定申告書（前年度分の控）

②.年金証書もしくは、年金改定通知書・振込通知書

(4).社会保険料等の証明書

①.健康保険料、介護保険料

②.年金保険料、住民税等の金額がわかるもの

(5).健康保険証の写し（コピー）

①.同居者で収入（年金含む）のある方がいらっしゃる場合は、全員分の所得を確認できる資料を提出してください。

②.1世帯1申請書（必要書類は全員分）を提出してください。

4. 認定相談について

申請に際しては、相談員（医療ソーシャルワーカー等）の面談を行ないます。

5. 認定について

(1).面談後、2週間以内に減免の承認・不承認を通知します。

(2).承認された場合は、減免の期間や率を記した「無料・低額診療通知書」を発行します。

6. 無料・低額診療事業に関する相談窓口

◆地域連携支援室 ☎0246-53-4374 医療ソーシャルワーカーまで

以上

【無料・低額診療事業】

申請者用

院長	相談員	担当者

小名浜生協病院・院長 殿

附属せいきょうクリニック・所長 殿

診療費一部負担金の減免申請書

申請日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所 _____

電話 _____

氏名 _____

世帯主	氏名	年齢	生年月日	職業	月收入(円)
同一世帯家族					
世帯収入の合計					
備考					

※申請書を記入する前に必ず、「診療費一部負担金の減免申請を希望される方へ」をお読みください。

※次の金額が確認できるものをコピーして添付してください。(給与明細や年金額などの世帯収入が分かるもの、健康保険料・介護保険料・年金保険料・雇用保険料などが分かるもの、住民税や所得税などが分かるもの)

↓ 以下は事業所で記載する欄です。申請される方は記入しないでください。

世帯収入	生活保護基準額	生保基準率	減免率	必要書類確認	収入確認者
円	円	%	5割・10割	<input type="checkbox"/> 所得確認資料 <input type="checkbox"/> 複写	

【無料・低額診療事業】

申請者用

院長	相談員	担当者

見本

小名浜生協病院・院長 殿

附属せいきょうクリニック・所長 殿

診療費一部負担金の減免申請書

申請日 **2019** 年 **2** 月 **14** 日

住所 **いわき市小名浜上明神町5番地**

電話 **0246-53-5205**

氏名 **小名浜 次郎**

世帯主	氏名	年齢	生年月日	職業	月收入(円)
	小名浜 次郎	53	昭和40年7月7日	警備員	138,000
同一世帯家族	小名浜 佳子	52	昭和41年8月8日	パート	64,500
	小名浜 寛人	21	平成6年7月27日	大学生	0
	小名浜 若菜	10	平成17年9月20日	小学生	0
世帯収入の合計					202,500
備考					

※申請書を記入する前に必ず、「診療費一部負担金の減免申請を希望される方へ」をお読みください。

※次の金額が確認できるものをコピーして添付してください。(給与明細や年金額などの世帯収入が分かるもの、健康保険料・介護保険料・年金保険料・雇用保険料などが分かるもの、住民税や所得税などが分かるもの)

↓ 以下は事業所で記載する欄です。申請される方は記入しないでください。

世帯収入	生活保護基準額	生保基準率	減免率	必要書類確認	収入確認者
円	円	%	5割・10割	<input type="checkbox"/> 所得確認資料 <input type="checkbox"/> 複写	