

助成金振込のお知らせの見方

◆診療月ごとに申請日単位で見ます。支給に際しては次の2点の審査を行っています。そのため、①・②のそれぞれに支給もしくは不支給の結果が表示されます。

①医療費助成の適用の有無

医療費助成を受けた上での医療費であるか否かを確認します。医療費助成を受けていない場合は、医療費助成を適用した場合の自己負担額を算出し、自己負担額を超えてご負担いただいている医療費がある場合に支給します。(自己負担額 通院・入院・歯科・薬局ごとに1日最大500円まで重度障がい：月の回数上限なし、ひとり親家庭・こども医療：月2日まで)

②自己負担額の月の上限額超過の有無 (※医療機関名が空白になります。)

医療費助成を適用したうえで、なおご負担いただいている月の負担上限額を超過しているか否かを確認します。(上限額 重度障がい：3,000円、ひとり親家庭・こども医療：2,500円) 支給額がある場合、振込のお知らせの申請種別に「限度額適用」と表示されます。

【申請内容の具体例】

あさひ病院 助成適用なく窓口での支払い1,000円・1日 (助成適用だと500円)

①の審査結果：振込のお知らせ1行目

森の薬局 助成適用済で窓口での支払い500円×4日

①の審査結果：不支給のお知らせ1行目

あさひ病院と森の薬局の②の審査結果：不支給のお知らせ2行目

→ (一部自己負担額) あさひ病院の500円+森の薬局の2,000円=2,500円
月の負担上限額の3,000円を超えていないため支給なし。

不支給理由

不支給理由等	具体的な内容
支給対象外のため	償還額がない場合、有資格期間外や医療費助成の対象外など
自己負担限度額未達のため 又は自己上限額以下のため	医療費助成適用済で支給額がない

※医療機関等名空白は^{ひと}月の負担上限額の審査結果

666-0031

大阪市北区中之島 1-1-1

大阪 花子 様



受給者番号 5 1 1 2 3 4 5 6 7

重度障がい者医療費助成金振込のお知らせ

次のとおり医療費助成金を貴口座に振込ます。

受診者氏名	支給方法	振込予定日
大阪 花子	口座払	R03.10.5
振込銀行名	ABC 銀行	
支店名	D 支店	

①の審査の結果及び②の内訳

1 / 1

申請年月日	診療年月	申請の種別	医療機関名	支給決定額
R03.08.05	R03.04	医科・(入院外)	あさひ病院	500

666-0031

大阪市北区中之島 1-1-1

大阪 花子 様



重度障がい者医療費助成金不支給のお知らせ

ご申請いただいた重度障がい者医療費助成金については、次の理由により
支給できませんので通知します。

受給者番号 5 1 1 2 3 4 5 6 7

受診者氏名 大阪 花子

1 / 1

申請年月日	診療年月	医療機関名	不支給理由等
R03.08.05	R03.03	森の薬局	①の審査の結果及び②の内訳
R03.08.05	R03.03		②の審査の結果