

健康保険 高額療養費支給申請書(令和 年 月診療分)

◎記入方法及び添付書類については、裏面をご参照願います。

被 保 者	① 被保険者証の記号・番号		(記号) (番号)		② 事業所名			
	被保険者(申請者)の③氏名		(フリガナ)		④住所		TEL ()	
除 者	今回申請の診療月以前1年間に3ヶ月以上高額療養費の支給を受けている場合は直近3ヶ月の受給記録		診療月		令和 年 月診療分		令和 年 月診療分	
			被保険者証の記号・番号		.		.	
			限度額適用・標準負担額減額認定証使用の有無		有 . 無		有 . 無	
申 請 者	⑥ 受診者の氏名		1		2		3	
	生年月日		昭・平・令 年 月 日		昭・平・令 年 月 日		昭・平・令 年 月 日	
	⑦ 傷病名							
	⑧ 療養を受けた医療機関等の名称 所在地							
の 記	⑨ 療養を受けた期間		令和 年 月 日から 日間 令和 年 月 日まで		令和 年 月 日から 日間 令和 年 月 日から		令和 年 月 日から 日間 令和 年 月 日から	
	⑩ 入院・通院の別		入院 . 通院		入院 . 通院		入院 . 通院	
入 欄	⑪ 医療機関等で支払った額(自己負担額)		() 円		() 円		() 円	
	⑫ 他の公的な制度から医療費の助成を受けていますか		いいえ はい		いいえ はい		いいえ はい	
			費用負担 無 . 有 制度名		費用負担 無 . 有 制度名		費用負担 無 . 有 制度名	
欄	⑬ 発病又は負傷の原因							
	⑭ 第三者の行為が原因で		ある・ない 「ある」の場合は、第三者行為による「負傷届」を提出してください		⑮ 氏名		⑯ 住所 TEL ()	

振 込 口 座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は☑ 利用しない場合は下記の欄を記入。) 注)口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。				
	金融機関名 (フリガナ)	支店名 (フリガナ)	預金種別 普通 当座 その他()	口座番号	口座名義 (フリガナ)

給付金に関する受領を代理人に委任する(被保険者(申請者)名義以外の口座に振込を希望される)場合に記入してください。

受付年月日

受 取 代 理 人 の 欄	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。		委任者との関係 ()	
	令和 年 月 日		住所	
	住所		代理人 電話 ()	
	被保険者(申請者) 氏名		氏名	

被保険者の個人番号記載欄 (被保険者証の記号・番号を記入した場合は不要です)	個人番号
---	------

《記入上の注意（添付書類含む）》

- 申請書は、下記の支給要件に基づき、暦月ごとに作成してください。
療養費払に係る高額療養費の支給申請書は、その療養費の支給申請書と併せて提出してください。
- 記入するときは、鉛筆は使用しないでください。
- 記入もれのないように注意してください。

《被保険者(申請者)が記入するところ》

- ①欄 あなたの健康保険被保険者証に記載されている記号番号を記入してください。
- ③欄 被保険者が死亡した場合は、相続人から申請することができます。この場合、申請書の氏名を記入してください。又、当組合の被扶養者として認定されていない方が申請する場合は、相続人であることが確認できる「戸籍謄本」等を添付して下さい。
- ④欄 郵便物が確実に届くよう、「□□方」「△△アパート」等まで記入してください。
- ⑦欄 傷病名はわかる範囲で記入してください。
- ⑨欄 療養を受けた期間は同一月内の期間を記入してください。
- ⑪欄 保険診療分として支払った金額を記入してください。入院時の食事代、室料の差額、歯科の材料差額等保険診療とならないものは除きます。保険診療分として支払った金額が明確でないときは、病院等で支払った金額を()内に記入してください。
⑪欄で費用負担「有」の場合は、実際に徴収された費用の額を記入してください。この場合、徴収された費用の額を証明する領収書等を添付してください。
- ⑫欄 自己負担すべき額の全部又は一部について、他の公的な制度から給付を受けられるか否か、いずれか該当する方を○で囲んでください。「はい」を○でかこんだときは、その制度名を記入し、費用負担されたか否か、いずれか該当する方を○で囲んでください。

《高額療養費の支給要件、その他の留意事項》

1. 次の区分により保険診療分として支払った医療費の自己負担額(入院時の食事代、室料の差額、歯科の材料差額等、保険診療とならないものは除きます。)が、以下2の計算式により算出した自己負担限度額を超えた場合に、その超えた額が支給されます。

・各月ごと(毎月1日から末日まで)、医療機関ごと、入院・外来ごと

2. 自己負担限度額は以下のとおりとなります。

70歳未満の人の場合

区分	所得要件	事故負担限度額
ア	標準報酬月額 83万円以上	252,600円+ (総医療費-842,000円) × 1% 【多数該当：140,100円】
イ	標準報酬月額 53万円～79万円	167,400円+ (総医療費-558,000円) × 1% 【多数該当：93,000円】
ウ	標準報酬月額 28万円～50万円	80,100円+ (総医療費-267,000円) × 1% 【多数該当：44,400円】
エ	標準報酬月額 26万円以下	57,600円 【多数該当：44,400円】
オ	低所得者 (市町村民税非課税)	35,400円 【多数該当：24,600円】

70歳から74歳の場合

区分	所得要件	事故負担限度額	
		外来(個人ごと)	入院、外来+入院
現役並み所得者	標準報酬月額 83万円以上	252,600円+ (総医療費-842,000円) × 1% 【多数該当：140,100円】	
	標準報酬月額 53万円～79万円	167,400円+ (総医療費-558,000円) × 1% 【多数該当：93,000円】	
	標準報酬月額 28万円～50万円	80,100円+ (総医療費-267,000円) × 1% 【多数該当：44,400円】	
一般	標準報酬月額 26万円以下	18,000円 (年間上限：14.4万円)	57,600円 【多数該当：44,400円】
低所得者	Ⅱ	8,000円	24,600円
	Ⅰ		15,000円

(1) 区分オは、次のいずれかに該当する場合となります。

ア 被保険者が療養のあった月の属する年度(4月から7月診療分については前年度)分の市町村民税が課税されない場合
(市町村民税の非課税に関する市区町村長の証明書を添付してください。)

イ 被保険者又は被扶養者が療養のあった月の属する年度において生活保護法の被保護者である場合

〔 診療月以前に福祉事務所で決定された保護開始決定通知書、保護変更決定通知書、保護廃止決定通知書等の写を添付してください。
この通知書の写には、事業主、民生委員又は福祉事務所の原本証明を受けてください。 〕

※ 同一年度(上記アに該当する者にあつては、8月から7月までの間)内において、既に証明書等を提出している場合は、同一年度内の申請に際して再度証明書等を添付する必要はありません。

(2) 上記現役並み所得者に該当する被保険者及び被扶養者の前年(1月～8月の診療月の場合は前々年)の収入の合計が520万円(70歳以上の被扶養者がいない場合には383万円)に満たない場合は、申請により所得区分が「一般」となります。

(3) 低所得Ⅱは、区分オと同様となります。

(4) 低所得Ⅰは、低所得Ⅱに該当する方で、市町村民税の基準所得(各所得ごとに必要経費、控除を差し引いたときの所得)がないこと。

(5) 上記1の区分により保険診療分として支払った医療費の自己負担額のうち、同一月に21,000円以上(70歳以上の方については全ての自己負担額)のものが複数あるときは、それらを合算した額が上記2の計算式で算出した自己負担限度額を超えた場合に、その超えた額が支給されます。(世帯合算)

(6) 過去1年間に既に3か月以上の高額療養費の支給を受けている場合の4か月以降は、上記1の区分により支払った自己負担限度額が【 】内の額を超えた額が支給されます。(多数該当)

(7) 一定の制度により自己負担相当額について給付を受けられる場合は、この高額療養費は支給できません。ただし、実際に費用徴収された場合で一部負担金に相当する額が21,000円以上(70歳以上の方については当該費用徴収以外の全ての自己負担額)のものについては、費用徴収の多少にかかわらず、実際に徴収された費用は上記(5)の世帯合算の対象となります。

◎後期高齢者医療制度による医療を受けられる場合は、健康保険でこの給付は行いません。

◎高額療養費の支給額は医療機関から提出される書類により決定しますので、支払の時期は、療養を受けた月から3か月程度後となります。

◎領収書のコピーを添付してください。