

健康保険 高額療養費支給申請書(平成 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 健康保険被保険者証の記号・番号	(記号) _____ (番号) _____	② 事業所名			
	被保険者(申請者)の	③ 氏名	④ 住所	TEL ()		
除 者	⑤ 70歳以上の方で過去1年のうちに次に掲げる事項に該当された方は、番号に○をつけてください。					
	1 「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証」を所持された方 2 一部負担金の割合について、「健康保険高齢受給者基準収入額適用申請書」を提出された方					
申 請 者	⑥ 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	平成 年 月 診療分	平成 年 月 診療分	平成 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	有 ・ 無	
の 記 入	⑦ 世帯合算該当の場合複数記入		1	2	3	
	⑧ 療養を受けた者の氏名・生年月日(被保険者との続柄)		昭・平 年 月 日()	昭・平 年 月 日()	昭・平 年 月 日()	
欄	⑨ 療養を受けた医療機関等の		名称			
			所在地			
入 欄	⑩ 上記の医療機関等で療養を受けた期間、療養の実日数		平成 年 月 日から 日間 平成 年 月 日まで	平成 年 月 日から 日間 平成 年 月 日まで	平成 年 月 日から 日間 平成 年 月 日まで	
	⑪ 上記で受けた療養に対し医療機関等で支払った額		() 円	() 円	() 円	
⑫ 自己負担すべき額の全部又は一部について、他の制度から支給を受けられますか		いいえ ・ はい → ↓ (制度名)	費用徴収 無有	いいえ ・ はい → ↓ (制度名)	費用徴収 無有	いいえ ・ はい → ↓ (制度名)
⑬ 入院・通院の別		入院 通院	入院 通院	入院 通院	入院 通院	
⑭ 発病又は負傷の原因						
⑮ 第三者の行為が原因で		ある ・ ない 「ある」の場合は、「第三者行為による傷病届」を提出してください。	⑯で「ある」と答えた場合は 第三者の	⑯ 氏名	⑰ 住所	TEL ()
⑱ 備考		※被保険者証の記号番号に代えて個人番号を記載する場合は、備考欄に記載してください。 (個人番号を記載した場合は、番号及び本人確認をするための書類が必要です。)				

口座名義が被保険者(申請者)と異なる場合は「受取代理人に欄」の記入が必要です。

振 込 口 座	(カ) 金融機関名	(カ) 支店名	預金種別 普通 当座 その他()	口座番号	(カ) 口座名義
------------------	-----------	---------	----------------------------	------	----------

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 ()
	平成 年 月 日		住所
	被保険者(申請者) 氏名		代理人 電話 ()
			氏名 (印)

《記入上の注意（添付書類含む）》

◎領収書のコピーを添付してください。

◎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。

◎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か月程度後になります。

《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 自署の場合押印は不要です。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。
- ・⑤欄 今回申請の対象となった診療月以前1年間に健康保険組合から3か月以上高額療養費の支給を受けている場合(下記支給要件の4「多数該当」に該当する場合)は、その直近3か月分の診療月、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を記入してください。
- ・⑩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。
⑫欄で費用徴収「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、費用徴収されたか否か、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、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。

2. 区分

所得区分	自己負担限度額(70歳未満の方)
ア	252,600円+(医療費-842,000円)×1% 【140,100円】
イ	167,400円+(医療費-558,000円)×1% 【93,000円】
ウ	80,100円+(医療費-267,000円)×1% 【44,400円】
エ	57,600円 【44,400円】
オ	35,400円 【24,600円】

所得区分	自己負担限度額(70歳以上75歳未満の方)			
	平成29年7月診療分以前		平成29年8月診療分から平成30年7月診療分まで	
	個人単位(外来のみ)	世帯合算(入院含む)	個人単位(外来のみ)	世帯合算(入院含む)
IV	44,400円	80,100円+(医療費-267,000円)×1% 【44,400円】	57,600円	80,100円+(医療費-267,000円)×1% 【44,400円】
III	12,000円	44,400円	14,000円 ※年額144,000円	57,600円【44,400円】
II	8,000円	24,600円	8,000円	24,600円
I		15,000円		15,000円

※所得区分は次のとおり

- ア 標準報酬月額83万以上の被保険者及びその被扶養者
- イ 標準報酬月額53万以上から79万以下の被保険者及びその被扶養者
- ウ 標準報酬月額28万以上から50万以下の被保険者及びその被扶養者
- エ 標準報酬月額26万以下の被保険者及びその被扶養者
- オ 次のいずれかに該当する場合です。

A 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。))

B 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長の原本証明を受けてください。〕

※同年度(上記A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。

IV 標準報酬月額が28万円以上である70歳以上75歳未満の被保険者及びその70歳以上75歳未満の被扶養者等

※70歳以上75歳未満の被保険者及びその70歳以上75歳未満の被扶養者等の前年(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75歳未満の被扶養者等がない場合には383万円)に満たない場合は、申請により所得区分がⅢとなります。

Ⅲ 標準報酬月額が28万円未満である70歳以上75歳未満の被保険者及びその70歳以上75歳未満の被扶養者等

Ⅱ オと同様となります。

Ⅰ IIに該当する方で、一定の基準を満たす場合*

*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。

3. 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75歳未満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)。

4. 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か月目以降は、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)。

5. 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75歳未満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3の世帯合算の対象となります。