

健康保険 高額療養費支給申請書(年 月診療分)

◎記入上の注意及び添付書類等は、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 _____	(カナ) _____	④住所 _____	TEL () _____
保 険 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				
	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 _____	年 月診療分 _____	年 月診療分 _____	年 月診療分 _____
申 請 者	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 _____
	世帯合算該当の場合複数記入		1 _____	2 _____	3 _____
の 記 入 欄	⑦ 療養を受けた者の氏名・生年月日(被保険者との続柄)		昭・平・令 年 月 日()	昭・平・令 年 月 日()	昭・平・令 年 月 日()
	⑧ 傷病名 _____				
入 欄	⑨ 療養を受けた医療機関等の名称				
	所在地 _____				
の 記 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		年 月 日から _____ 日間	年 月 日から _____ 日間	年 月 日から _____ 日間
	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
の 記 入 欄	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)
	⑬ 入院・通院の別		入院 通院	入院 通院	入院 通院
の 記 入 欄	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 ⑰氏名 _____	⑰住所 _____	TEL () _____
⑰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	金融機関名 _____	支店名 _____	預金種別 _____	口座番号 _____	口座名義 _____
	(カナ) _____	(カナ) _____	普通 その他() _____		(カナ) _____

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 _____	
	被保険者(申請者)の氏名 _____		代理人 電話 () _____	
	氏名 _____		氏名 _____	

～ 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 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。また、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。
- ・⑥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等＞

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. 所得区分 ※表中の「標報」は標準報酬月額額の略称

標報	所得区分	自己負担限度額(70歳未満)	所得区分	自己負担限度額(70歳以上)	
83万以上	ア	252,600円+(医療費-842,000円)×1% 【140,100円】	現役並みⅢ	252,600円+(医療費-842,000円)×1% 【140,100円】	
79万以下 53万以上	イ	167,400円+(医療費-558,000円)×1% 【93,000円】	現役並みⅡ	167,400円+(医療費-558,000円)×1% 【93,000円】	
50万以下 28万以上	ウ	80,100円+(医療費-267,000円)×1% 【44,400円】	現役並みⅠ	80,100円+(医療費-267,000円)×1% 【44,400円】	
26万以下	エ	57,600円 【44,400円】	一般所得者	個人外来 18,000円 ※年間上限 144,000円	世帯 57,600円 【44,400円】
—	オ	35,400円 【24,600円】	低所得者Ⅱ	個人外来 8,000円	世帯 24,600円
			低所得者Ⅰ		世帯 15,000円

＜所得区分の留意事項＞

- ・ オは、次のいずれかに該当する場合です（「ア」「イ」に該当する方は除く）。
 - A 被保険者が療養のあった月の属する年度(4月から7月までの診療については前年度分の市町村民税が課税されない場合（「市町村民税非課税証明書」または「マイナンバー（個人番号）」による課税情報等の確認申出書）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。〕
 - ※同一年度（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。
 - ・ 低所得者Ⅱは、「オ」と同様となります。
 - ・ 低所得者Ⅰは、「低所得者Ⅱ」の要件を満たす方で、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）がない場合です。
 ※現役並みⅢ、Ⅱ、Ⅰについて、70歳以上の被保険者及びその70歳以上の被扶養者等の前年（1月から8月までの診療の場合は前々年）の収入の合計が520万円（70歳以上の被扶養者等がない場合には383万円）に満たない場合は、申請により「一般所得者」となります。
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。
 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2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。
 5. 70歳以上の方で、年間上限に係る申請は別途「高額療養費（70歳以上外来年間合算）支給申請書」を使用してください。
 6. 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3にある合算対象となります。