

健康保険 被保険者 被扶養者 高額療養費支給申請書
世帯合算

【 年 月診療分 】

| | | | | | | | | |
|---|---|---|--------------------|----------------|---------------------------|----------------|---------------------------|--|
| 被 保 者 が 記 入 す る と こ ろ | ① 被保険者証の 記号・番号 | | — | | ② 事業所の名称 | | | |
| | ③ 被保険者の氏名 (請求者) | | フリガナ | | ④ 被保険者の生年月日 | | 昭和 平成 年 月 日 | |
| | ⑤ 被保険者の住所 (請求者) | | 〒 — | | 電話番号 () | | | |
| | ⑥ 療養を受けた方の 氏名、生年月日 被保険者との続柄 | | 氏名 | | (続柄) | | (続柄) | |
| | | | 生年月日 | | 昭和 平成 令和 年 月 日 | | 昭和 平成 令和 年 月 日 | |
| | ⑦ 傷病名 | | | | | | | |
| | ⑧ 療養を受けた病院等 の名称および所在地 | | 名称 | | | | | |
| | | | 所在地 | | | | | |
| | ⑨ ⑧の病院等で療養を 受けた期間及び 入院通院の別 | | 期 間 | | 年 月 日から (日間) 年 月 日まで | | 年 月 日から (日間) 年 月 日まで | |
| | | | 入院・通院の別 | | 入院 ・ その他 | | 入院 ・ その他 | |
| ⑩ ⑨の期間に受けた療養に対して 病院等で支払った額 (自己負担額) | | 円 | | 円 | | 円 | | |
| ⑪ 他の公的制度により 自己負担相当額、 またはその一部の 支給をうけられるかどうか | | 受けられる ・ 受けられない | | 受けられる ・ 受けられない | | 受けられる ・ 受けられない | | |
| | | 制度名 () | | 制度名 () | | 制度名 () | | |
| | | 費用徴収の有無 有 ・ 無 | | 費用徴収の有無 有 ・ 無 | | 費用徴収の有無 有 ・ 無 | | |
| ※ 診療合計点数 | | 点 | | 点 | | 点 | | |
| 今回の申請の診療月以前1年間に 3回以上高額療養費の支給を受け た(請求中を含む)場合、その直 近3回分の診療月、被保険者証の 記号番号及び限度額適用認定証等 の使用の有無 | | 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 | | — | | — | | |
| | | 限度額適用認定証 等の使用の有無 | | 有 ・ 無 | | 有 ・ 無 | | |
| ⑫ 振込希望の金融機関等【被保険者(請求者)名義の口座】を記入してください | | | | | | | | |
| 振 込 金 庫 機 関 | 銀行名 | | 銀行・信用金庫 信用組合・農協 | | 支店名 | | 支店 | |
| | 預金種別 | | 1. 普通 2. 当座 | | 口座番号 | | 口座名義人 | |
| ⑬ 給付金の受取を代理人に委任する場合に記入してください | | | | | | | | |
| 受 取 代 理 人 の 欄 | 本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日 | | | | | | | |
| | 被保険者の住所 (申請者) 氏名 代理人の住所 氏名 | | | | | | | |
| 01.11 「 受付年月日 」 | | | | | | | | |
| ★市区町村民税が非課税の場合は、この欄に市区町村長の証明を受けるか、別に「(非)課税証明」の交付を受け原本を添付してください。 | | | | | | | | |
| 市区町村長が証明する欄 | | 当該被保険者は令和 年度の市区町村民税が課されないことを証明する。 市区町村長名 | | | | | | |

【注意事項及び添付書類】

- 申請書は診療月ごとに作成してください。
- 受診者ごとに、医療機関、医科、歯科、入院、通院、薬局に分けて記入してください。
- 被保険者が亡くなられ、相続人の方が請求する場合は、被保険者との続柄がわかる「戸籍謄本」等の添付をお願いします。
- ⑦欄の傷病名が外傷性（骨折・捻挫・打撲等）の場合は、別紙「負傷原因回答書」を添付してください。
第三者行為による場合は、別途「第三者行為による傷病届」の提出が必要となりますので、当組合にご連絡ください。
- ⑩欄には、保険診療分として支払った金額のみを記入してください。
入院時食事療養費・室料差額等の保険適用外のもの是对象外となります。
- 非課税者(i)または生活保護法の適用を受けている方(ii)は、下記の書類を添付してください。
また、被扶養者の方が診療を受けた場合でも、被保険者の方の証明書が必要となります。
 - (i) 市区町村が発行する住民税の（非）課税証明書（申請書に証明を受けた場合は不要）
※4～7月診療分については前年度、8～翌年3月診療分については当年度の証明書
 - (ii) 療養のあった月に生活保護法による保護を受けている方は、福祉事務所長等の原本証明を受けた生活保護を受けていることが明らかとなる通知書の写し

【高額療養費制度における自己負担限度額】

| 区分 | 70歳未満 | 月単位の上限額 |
|----|------------------|--|
| ア | 標準報酬月額 83万円以上 | 252,600円 + (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 + (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 + (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(住民税非課税) | 35,400円 <多数該当: 24,600円> |

| 区分 | 70～74歳(3割・2割負担の者) | 外来 (個人ごと) | 月単位の上限額(世帯ごと) |
|------|-------------------|-----------------------|--|
| | | | |
| 現役並み | 標準報酬月額 83万円以上 | | 252,600円 + (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 + (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 + (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 ^{※1} | 57,600円 <多数該当: 44,400円> |
| 低所得者 | Ⅱ(住民税非課税) | 8,000円 | 24,600円 |
| | Ⅰ(住民税非課税かつ一定所得以下) | | 15,000円 |

※1 年間上限金額 144,000円を超える場合は、超えた分を支給します。

- 多数該当とは、直近12ヶ月間に高額療養費が支給された月が3ヶ月以上になった場合は、4ヶ月目からの自己負担額が軽減されることを指します。
- 世帯（当組合加入の被保険者及び被扶養者）で複数の方が同一月に医療機関で受診した場合や、一人で複数の医療機関で受診、あるいは一つの医療機関に入院と外来で受診した場合は、自己負担限度額は世帯で合算することができます。
ただし、70歳未満の方の合算できる自己負担限度額は、21,000円以上に限られます。70～74歳の方は自己負担額のすべてを合算できます。