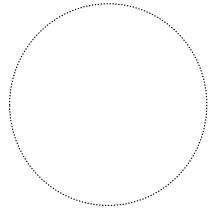


# 健康保険高額療養費支給申請書(第 回)

受付年月日



被 保 者 の 申 請 者 が 記 入 す る こ ろ	1 被保険者の記号・番号		2 被保険者の生年月日						
	—		昭・平	年	月	日			
保 険 者 の 申 請 者 が 記 入 す る こ ろ	3 被保険者(申請者)の氏名 (フリガナ)			4 事業所の名称					
	(相続人からの申請の場合は被保険者氏名)			5 事業所の所在地					
6 郵便番号				被保険者(申請者)の住所・電話番号					
7 診療月			8 単独・合算の別		9 多数該当		10 今回申請の診療月以前1年間に3回以上高額療養費の支給を受けている場合は直近3回分の受給記録		
			0; 単独 1; 世帯合算	0; 無 1; 有		診療月	令和 年 月 診療分	令和 年 月 診療分	令和 年 月 診療分
11 所得等の種類			被保険者証の記号番号						
0; 一般 1; 非課税 2; 生活保護 3; 上位所得者			高額療養費該当者氏名						
12 療養を受けた者の氏名 生年月日(被保険者との続柄)			①		②		③		
(フリガナ)			昭・平・令 年 月 日 ( )		昭・平・令 年 月 日 ( )		昭・平・令 年 月 日 ( )		
13 傷病名									
14 療養を受けた医療機関等の名称 所在地									
15 上記の医療機関等で療養を受けた期間療養の日数			令和 年 月 日から 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 令和 年 月 日から 日間		
16 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		
17 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			※ 円		※ 円		※ 円		
診療合計点数			※ 点		※ 点		※ 点		
18 入院・通院の別			1; 入院 2; その他		1; 入院 2; その他		1; 入院 2; その他		

※印のところは記入しないでください。

※ 算定基礎		※ 支給算出額	
診療点数	自己負担額	円	
( ) X1.2.3 = ( ) 円	252,600円 + ( 円 - 842,000円 ) x 1 %		
( ) X1.2.3 = ( ) 円	140,100円		
( ) X1.2.3 = ( ) 円	167,400円 + ( 円 - 558,000円 ) x 1 %		
( ) X1.2.3 = ( ) 円	93,000円		
( ) X1.2.3 = ( ) 円	80,100円 + ( 円 - 267,000円 ) x 1 %		
	57,600円 44,400円 35,400円 24,600円		
	20,000円 15,000円 12,000円 10,000円		
	8,000円		

申請者又は受取代理人が記入するところ		
19 銀行等に振込を希望する場合	20 口座預金種別	22 預金口座名義人の氏名(フリガナ)
銀行 信用金庫 信用組合 農協	1.普通 2.当座 3.通知 4.別段	(フリガナ)
	本店 支店 出張所	

↑ 被保険者(申請者)名義のもの(受領委任をする場合は代理人名義のもの)を記入してください。

受 取 代 理 人 の 欄	本請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。 令和 年 月 日		23 代理人の氏名 (フリガナ)	24 被保険者(申請者)との関係
	被保険者(申請者) 住所 氏名		25 郵便番号	代理人の住所・電話番号 (フリガナ)

26 上記3の被保険者には、令和 年度の市区町村税が課されない事を証する。

市区町村長 ㊟

社会保険労務士氏名

↑ 市区町村民税が非課税等の場合に、市区町村長の証明を受けてください。

し  
理  
こ  
の  
欄  
に  
委  
任  
は  
給  
付  
金  
場  
合  
に  
受  
取  
を  
代  
入

## 記入するときの注意事項（添付書類を含む）

- 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下さい。  
記入するときは、鉛筆を使用しないでください。  
記入もれのないように注意して下さい。

### 《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 3 欄には申請者の氏名を記入し、( )内に被保険者であった者の氏名を記入してください。  
また、相続人である事が確認できる「戸籍謄本」等を添付して下さい。
- 6 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。  
[相続人から申請する場合は、申請者の住所を記入してください。]
- 10 欄 今回申請の対象になった診療月以前一年間に当健康保険組合から3回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回分の診療月、被保険者証の記号番号を記入してください。
- 13 欄 傷病名は、わかる範囲で記入してください。
- 17 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○で囲んだときは、その制度名を記入し、費用徴収をされたか否かいずれか該当する方を○で囲んでください。

### 《申請者又は受取代理人が記入するところ》・《受取代理人の欄》

- 銀行等の預金口座に振込を希望するときは、19～22欄に希望の銀行等の名称、店名、預金口座番号、口座名義人の氏名・フリガナを記入してください。ただし、被保険者(申請者)名義のものに限ります。(受領委任をするときは受取代理人名義のものを記入してください。)
- この給付金の受取りを代理人に委任する場合は「受取代理人の欄」に被保険者(申請者)及び受取代理人それぞれが氏名、住所等を記入し、押印して下さい。(この欄の委任者及び受取代理人の押印は省略する事ができません。)

## 高額療養費の支給要件、その他留意事項

- 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。

- 各月ごと(毎月1日から末日)
- 医療機関ごと(旧の総合病院の場合は各診療科ごと)
- 70歳未満の方 入院・通院ごと

- 70歳以上の方 入院・通院ごと

所得区分	自己負担限度額
ア	252,600円 + (医療費 - 842,000円) x 1%
イ	167,400円 + (医療費 - 558,000円) x 1%
ウ	80,100円 + (医療費 - 267,000円) x 1%
エ	57,600円
オ	35,400円

所得区分	自己負担限度額
現役並所得	外来44,400円 世帯単位80,100円 + (医療費 - 267,000円) x 1%
一般所得	外来12,000円 世帯単位44,400円
低所得	Ⅱ 外来8,000円 世帯単位24,600円
	Ⅰ 外来8,000円 世帯単位15,000円

※ 所得区分は次のとおり

- ア 標準報酬月額83万円以上の被保険者及びにその被扶養者
- イ 標準報酬月額53万円以上79万円以下の被保険者及びにその被扶養者
- ウ 標準報酬月額28万円以上50万円以下の被保険者及びにその被扶養者
- エ 標準報酬月額26万円以下の被保険者及びにその被扶養者
- オ 被保険者が市区町村民税の非課税者の場合

現役並所得 標準報酬月額28万円以上で自己負担割合が3割の場合

一般所得 自己負担割合が3割の方

低所得 Ⅱ 被保険者が市区町村民税の非課税者等で

Ⅰ 被保険者及びその被扶養者すべての収入から必要経費・控除額を除いた後の所得がない場合

- ③ 上記①の区分により保険診療分として支払った自己負担額のうち、同一月に21,000円以上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回以上高額療養費の支給を受けている場合(政府管掌健康保険及び他の健康保険組合から支給を受けていた場合は、この回数には算入されません。)の4回目以降は、上記①の区分により支払った自己負担額が次の額を超えた場合に超えた額が支給されます。(多数該当)

区分ア → 140,100円 区分イ → 93,000円 区分ウ・エ・現役並所得 → 44,400円 区分オ → 24,600円

- 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の世帯合算の対象になります。

- ◎ 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、療養を受けた日から3ヶ月程度かかります。
- ◎ 病院で支払った領収書の写しを添付してください。
- ◎ ケガの場合は別途負傷原因届を提出してもらった場合があります。

※ 以上の内容でわからない事がありましたら、健康保険組合 電話 (06-6762-6371) へおたずねください。