

健康保険高額療養費支給申請書 (令和 年 月診療分)

①被保険者証	記号		番号		②被保険者氏名 (被保険者死亡の時は 申請者氏名)		
③事業所名称						※自署してください	
④被保険者(申請者)住所・電話番号	〒 ー					TEL () ー	
⑤療養を受けた方の氏名生年月日続柄	氏名				氏名		
	生年月日	昭・平・令 ・	続柄		生年月日	昭・平・令 ・	続柄
⑥療養を受けた病院・診療所薬局等の名称所在地	名称				名称		
	所在地				所在地		
⑦傷病名							
⑦の傷病名が負傷による場合、「負傷原因届書」の添付が必要です。また第三者の行為による負傷又は交通事故の場合は「第三者の行為による傷病届」、交通事故によるもの場合は「交通事故に関する書類一式」の提出が別途必要になります。いずれも当組合 HP からダウンロード可能。							
⑧⑥の病院等で療養を受けた期間及び入院通院の区別	年 月 日から	日間	入院	年 月 日から	日間	入院	
	年 月 日まで		通院	年 月 日まで		通院	
⑨⑧の期間に受けた療養に対し病院等で支払った額(健康保険適用分自己負担額)	円			円		円	
	受けられる (制度名:) (費用徴収の有無: 無・有)			受けられる (制度名:) (費用徴収の有無: 無・有)		受けられる (制度名:) (費用徴収の有無: 無・有)	
⑩他の制度により自己負担相当額の支給を受けられるか	受けられない			受けられない		受けられない	
	受けた	受けた時はその直近の診療月					
⑪今回の申請診療月以前1年間に3回以上高額療養費の支給を受けたか	受けない	令和 年 月診療分	令和 年 月診療分	令和 年 月診療分			
	⑫【非課税者のみ】市区町村長が証明する欄		⑬委任状				
上記⑫欄の者には 令和 年度の市(区)町村民税が課せられないことを証明する。 令和 年 月 日 市区町村長名 印			この申請書は申請者本人が作成したものであり、本申請書に基づく給付金に関する受領を下記の者に委任することを申請者本人が確認しています。 令和 年 月 日 被保険者 ※自署してください				

※被保険者が高額療養費申請時に退職している場合のみ記入してください。(申請者名義の口座のみ振込可能)				
公金受取口座	<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。)			
銀行等名称	本・支店名	口座種別	口座番号	口座名義(カタカナ)
銀行	本店	1. 普通		
信金	支店	2. 当座		

備考欄	
-----	--

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄に記載してください。被保険者証の記号番号を記載した場合は不要です。
(マイナンバーを記載した場合は、「個人番号確認書類(通知カード又は個人番号記載住民票の写し等)」及び「身元確認書類(運転免許証又はパスポートの写し等)」が必要です。また、事業主経路で提出する場合は、「委任状などの代理権が確認できる書類(申請書の提出を事業主に委任する内容を記載した文書)」及び「代理人の身元確認書類(事業主の運転免許証又はパスポートの写し等)」が必要となります。)

※70歳以上の方(後期高齢者医療制度該当の方を除く)の医療費を申請する場合には裏面にも記入欄があります。

【記入上の注意事項】

1. 申請書は、診療月ごとに1枚作成してください。

例えば、10月5日に入院し11月20日に退院したような場合で、10月分、11月分の自己負担額がそれぞれ自己負担限度額を超える場合は、申請書を2通作成する必要があります。

2. ⑤～⑩の欄は、高額療養費に該当する方についてのみ記入してください。

3. ⑧欄の「入院」「通院」は、該当するほうを○で囲んでください。

4. ⑨の欄は、医療機関で支払った自己負担額のうち、保険診療分にかかるものについてのみ記入してください。

5. ⑩の欄は、公費等他の制度から、自己負担額の全部あるいは一部の支給を受けられるかどうかについて記入してください。なお、制度名は、医療券等に記載されている名称を記入してください。

6. 次のいずれかに該当する世帯の方は、証明書を添付するか証明を受けてください。

ア. 診療を受けた月の属する年度(4月から7月診療分については前年度)分の市区町村民税が課税されない世帯の方は、市区町村長が発行する「住民税非課税証明書」を添付するか、申請書表面の⑫欄に証明を受けてください。また、70歳以上の方のみの請求の場合、低所得者Iに該当する世帯の方は基準所得(注3)がないことが確認できるものを添付してください。

イ. 診療を受けた月において生活保護法の被保護者である世帯の方は、事業主、民生委員または福祉事務所長が原本証明をした「保護開始決定通知書」、「保護変更決定通知書」又は「保護廃止決定通知書」の写しを添付してください。

7. 同一年度(上記6のアに該当する方は、8月から翌年の7月までの間)内に、すでに証明書を提出している方、証明を受けた方については、同一年度内の診療にかかる支給申請には、改めて証明書の添付や証明を受ける必要はありません。

【高額療養費を請求できるとき】

高額療養費は、本人(被保険者)またはその家族(被扶養者)が、同一月内に、一つの医療機関(医科・歯科・入院・通院ごとに)で支払った診療月ごとの保険診療による自己負担額(入院時の食事にかかる標準負担額を除く)が一定の金額(自己負担限度額といいます)を超えると、超えた分が払い戻される制度です。この払い戻し額は、保険診療を受けられた方が70歳未満である場合と70歳以上である場合(共に後期高齢者医療制度該当者を除く)でその計算方法が異なります。

1. 保険診療を受けられた方が70歳未満である場合

① 自己負担限度額は所得に応じて、次の計算式により算出されます。

所得区分	1ヵ月の自己負担限度額	多数該当※1
標準報酬月額 83万円以上(ア)	252,600円 + (総医療費 - 842,000円) × 1%	140,100円
標準報酬月額 53万～79万円(イ)	167,400円 + (総医療費 - 558,000円) × 1%	93,000円
標準報酬月額 28万～50万円(ウ)	80,100円 + (総医療費 - 267,000円) × 1%	44,400円
標準報酬月額 26万円以下(エ)	57,600円	44,400円
低所得者(住民税非課税) (オ)	35,400円	24,600円

※1: 高額療養費に該当となる月以前の12ヵ月間に高額療養費を受けた回数が4回以上となる場合は、自己負担限度額が軽減されます。

② 同一世帯内で、同一月に21,000円以上の自己負担額が複数ある場合の自己負担限度額は、それぞれの医療費を合算し、①にあてはめて算出した金額となります。

2. 保険診療を受けられた方が70歳以上（後期高齢者医療制度該当者を除く）である場合

① 自己負担限度額は所得及び通院・入院・世帯合算など請求内容に応じて次の計算式により算出されます。

所得区分	1ヵ月の自己負担限度額	
	外来・個人ごと	入院・世帯単位
現役並みⅢ (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】	
現役並みⅡ (標準報酬月額 53 ~ 79 万円)	167,400 円 + (総医療費 - 558,000 円) × 1% 【多数該当：93,000 円】	
現役並みⅠ (標準報酬月額 28 ~ 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 144,000 円] ※2	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
低所得者Ⅰ (住民税非課税、年金収入 80 万円以下)		15,000 円

※1：高額療養費に該当となる月以前の12ヵ月間に高額療養費を受けた回数が4回以上となる場合は、自己負担限度額が軽減されます。

※2：1年間（8月から翌年7月）の自己負担限度額は144,000円になります。

② 同一世帯内で70歳以上の方が保険診療を受けられた自己負担額は、金額の多少にかかわらず全て高額療養費の合算の対象となります。

（医療機関における保険診療の他に、柔道整復師、はり師、きゅう師及びあん摩・マッサージ・指圧師の施術を、保険診療で受けられた場合の自己負担額や、保険で治療器具を作成された場合の自己負担額も対象となります。）

③ 入院費用は、自己負担限度額を超えたら、それ以上窓口での支払はありません。（高額療養費該当分は現物給付として支給されていますので、現金での支給はありません。）

3. 同一世帯内で保険診療を受けられた70歳未満の方と、70歳以上の方（後期高齢者医療制度該当者を除く）と合算して請求する場合

自己負担額は世帯で合算することができ、その合算した額が自己負担限度額を超えた場合は、超えた額が払い戻されます。

① 70歳以上の方の通院時の全ての自己負担額を個人単位で合算して、上記2-①の表内「外来・個人ごと」の自己負担限度額をそれぞれ適用

② 70歳以上の方の全ての自己負担額について世帯単位で合算して、上記2-①の表内「入院・世帯単位」の自己負担限度額を適用

③ 70歳未満の方の自己負担額（同一月に21,000円以上の自己負担額のある医療費のみ）と70歳以上の方の全ての自己負担額を世帯全体で合算して、表面1-①の自己負担限度額を適用

70歳以上の方（後期高齢者医療制度該当者を除く）が保険診療を受けられた場合は、自己負担額の多少にかかわらず、全て高額療養費の対象となりますので、同じ月に診療を受けられた医療機関名等及び自己負担額を下欄に記入してください。

1. 医療機関で診療を受けた場合

療養を受けた方の氏名	医療機関名	診療期間	自己負担額
	医療機関所在地		
		月 日 ~ 月 日 入院・通院 (日間)	円
		月 日 ~ 月 日 入院・通院 (日間)	円
		月 日 ~ 月 日 入院・通院 (日間)	円
		月 日 ~ 月 日 入院・通院 (日間)	円
		月 日 ~ 月 日 入院・通院 (日間)	円
		月 日 ~ 月 日 入院・通院 (日間)	円

2. 柔道整復・はり・きゅう等の施術を受けた場合

療養を受けた方の氏名	施術所名	診療期間	自己負担額
	施術所所在地		
		月 日 ~ 月 日 (日間)	円
		月 日 ~ 月 日 (日間)	円
		月 日 ~ 月 日 (日間)	円
		月 日 ~ 月 日 (日間)	円
		月 日 ~ 月 日 (日間)	円

3. その他治療用器具を保険で作成された場合

療養を受けた方の氏名	治療用器具名	自己負担額
		円
		円
		円