

健康保険 高額療養費支給申請書

① 被保険者証の 記号・番号	-	② 事業所の名称				
③ 被保険者（申請者）の 氏名	フリガナ	⑩	④ 相続人からの申請の 場合は被保険者氏名			
			被保険者との続柄			
⑤ 被保険者（申請者）の 現住所	〒 - 自宅又は連絡先電話番号 () -					
⑥ 診療月	平成 年 月	組合使用欄	標準報酬月額	千円		
			所得区分	ア・イ・ウ・エ・オ		
⑦ 療養を受けた者の 氏名・生年月日	1 昭平 年 月 日生	2 昭平 年 月 日生	3 昭平 年 月 日生			
⑧ 療養を受けた 医療機関・薬局の	名称					
	所在地					
⑨ 傷病名						
⑩ 療養を受けた 期間と実日数	平成 年 月 日から 日まで (日間)	平成 年 月 日から 日まで (日間)	平成 年 月 日から 日まで (日間)			
	入院・通院の別	1. 入院 2. 通院・その他	1. 入院 2. 通院・その他	1. 入院 2. 通院・その他		
⑪ ⑩の期間に対し医療機関・ 薬局に支払った額 (一部負担金・自己負担額)	円	円	円			
⑫ 他の公的制度から医療の 助成を受けていますか	1. はい 2. いいえ	1. はい 2. いいえ	1. はい 2. いいえ			
	はいの場合 助成を受けた 制度の名称 自己負担分の 助成の内容	1. 全額助成 2. 一部自己負担あり	1. 全額助成 2. 一部自己負担あり	1. 全額助成 2. 一部自己負担あり		
⑬ 今回申請の診療月以前1年間に高額療養費の支給を3ヵ月以上受けている場合はその直近の診療月を記入してください。						
診療月	1	平成 年 月診療分	2	平成 年 月診療分	3	平成 年 月診療分
⑭ 受領委任欄	本申請に基づく給付金に関する受領を					に委任します。
	被保険者氏名					⑮
⑮ 市区町村長が 証明する欄	上記③の者には、平成 年度の 市区町村民税が課せられないことを証明する。 市区町村長名				⑯	
被保険者のマイナンバー記載欄（被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です）						

平成 年 月 日 提出

受付日付印

＜記入する時の注意事項＞

- ・ 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。
- ・ 療養費払い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ください。
- ・ 記入するときは、鉛筆を使用しないでください。

《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 印鑑は、はっきりと押してください。
} 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
{ ④欄に被保険者であった方の氏名を記入してください。
 また、相続人であることが確認できる「戸籍謄本」等を添付してください。
- ・ ⑤欄 相続人が申請する場合は、相続人の住所を記入してください。
- ・ ⑦欄～⑫欄は受診者別、同一月の医療機関別、入院・通院別に記入してください。
- ・ ⑨欄 傷病名は、わかる範囲で記入してください。
- ・ 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、個室料等の室料差額、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「一部自己負担あり」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。
 併せて支払った費用の額を証する領収書等(写)を添付してください。
- ・ ⑫欄 自己負担すべき額の全額又は一部について、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。
 「1.はい」を○で囲んだときは、その制度名を記入し、自己負担分の助成の内容について、該当する方を○で囲んでください。
- ・ ⑬欄 今回申請の対象となった診療月以前1年間に当健康保険組合から3ヵ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ヵ月分の診療月を記入してください。
- ・ ⑭欄 印鑑は③欄と同一の印鑑をはっきりと押してください。
- ・ ⑮欄 市区町村民税が非課税の場合は、当欄に証明を受けるか、別に非課税証明書を添付してください。

＜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一部負担金又は自己負担額（入院時の食事代、個室料等の室料差額、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日から末日まで）
- ◎ 医療機関ごと
- ◎ 入院・外来ごと

2. 「70歳未満」の所得区分による自己負担限度額

所得区分		自己負担限度額	多数該当の場合の自己負担限度額
ア	標準報酬月額 83 万円以上	252,600 円 + (医療費 - 842,000 円) × 1%	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%	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%	44,400 円
エ	標準報酬月額 26 万円以下	57,600 円	44,400 円
オ	非課税者	35,400 円	24,600 円

* 「オ」… 次のいずれかに該当する場合は。

- ① 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）分の市区町村民税が課税されない場合
} 市区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。
{ 申請書の⑮欄に市区町村長の証明を受けた場合は、証明書の添付は必要ありません。
- ② 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等である場合
} 療養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しを
{ 添付してください。この通知書の写しには、事業主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①に該当する方については、8月から翌年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を添付する必要はありません。

「70歳以上75歳未満」の所得区分による自己負担限度額

所得区分		個人単位（外来のみ）	世帯単位（入院含む）
IV	現役並み所得	44,400 円	80,100 円 + (医療費 - 267,000 円) × 1% (多数該当は 44,400 円)
III	一般	12,000 円	44,400 円
II	低所得者 II	8,000 円	24,600 円
I	低所得者 I		15,000 円

- * 「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」… 『「70歳未満」の所得区分による自己負担限度額』の「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*
 - ※市区町村民税の基準所得（各所得毎に必要な経費、控除を差し引いたときの所得）がないこと。

3. 上記 1 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 ヶ月以上の高額療養費の支給を受けている場合の 4 ヶ月目以降は、上記 1 の区分により支払った自己負担額が上記 2 の「多数該当の場合の自己負担限度額」を超えた場合に、その超えた額が支給されます。（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全ての自己負担額）のものについては、徴収された費用は上記 3 の世帯合算の対象となります。
- ◎ 長寿医療制度（後期高齢者医療制度）による医療を受けられる場合は、健康保険でこの給付は行いません。お住まいの各市町村窓口へお尋ねください。
 - ◎ 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 ヶ月程度後になります。

※ 以上の内容でわからないことがありましたら、大阪府電設工業健康保険組合業務課へおたずねください。