

健康保険 被保険者 被扶養者 世帯合算 高額療養費支給申請書 (平成 年 月診療分)

◎記入方法および添付書類については、「記入上の注意事項」・「添付書類」をご覧ください。

① 被保険者証の	⑦ 記号	② 被保険者(申請者)の	⑦ 氏名	(フリガナ)	⑦ 印		
	① 番号		① 生年月日	昭和 平成 年 月 日			
③ 被保険者(申請者)の現住所		〒 — TEL () — 携帯 () —					
④ 被保険者が勤務する(していた)事業所の名称							
⑤ 70歳以上の方で過去1年間に次に掲げる事項に該当された方は、番号を○で囲んでください。 1 健康保険限度額適用・標準負担額減額認定を受けている方 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により変更となっている方							
⑥ 療養を受けた方の氏名・生年月日および被保険者との続柄	⑦ 氏名						
	① 生年月日	昭和・平成 年 月 日	昭和・平成 年 月 日	昭和・平成 年 月 日			
	⑤ 続柄						
⑦ 傷病名							
※外傷性のもの(骨折・損傷など)、腰部・頸椎疾患の場合は初回申請時のみ負傷原因記入欄(⑩欄)を記入してください。							
⑧ 療養を受けた病院等の	⑦ 名称						
	① 所在地						
⑨ ⑧の病院等で療養を受けた期間		年 月 日～日 (日間) 入院・その他	年 月 日～日 (日間) 入院・その他	年 月 日～日 (日間) 入院・その他			
⑩ ⑨の期間に受けた療養に対し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、その一部の支給を受けられるかどうか		1. 受けられる (制度名) (費用徴収の有・無) 2. 受けられない	1. 受けられる (制度名) (費用徴収の有・無) 2. 受けられない	1. 受けられる (制度名) (費用徴収の有・無) 2. 受けられない			
⑫ 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た(申請中を含む)場合、その直近3回分の診療月、被保険者の記号・番号および限度額適用認定証(限度額適用・標準負担額減額認定証)使用の有無	⑦ 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			
	① 被保険者証の記号・番号						
	⑦ 限度額適用認定証(限度額適用・標準負担額減額認定証)使用の有無	有・無	有・無	有・無			
組合記入欄	証明書の種類		海外表示	第三者行為	単独・合算の別	多数該当の有無	その他
	1. 26万円以下(一般) 2. 28万～50万円(現役並み)	3. 53万～79万円 4. 83万円以上 5. 非課税等	1. 国内 2. 海外	1. 無 2. 有	1. 単独 2. 合算	1. 無 2. 有	

⑬ 市区町村長が証明する欄

②の被保険者は平成 年度の市区町村民税が課されないことを証明する。
平成 年 月 日
市区町村長名 印

※4月から7月診療分については、前年度の課税に関する証明を、8月から翌年3月診療分については、当年度の課税に関する証明を受けてください。

被保険者証の記号番号を記入した場合は、マイナンバーの記載は不要です。(マイナンバーにより申請する場合は、個人番号確認、本人確認をするための書類を添付の上、この欄に記載してください。)

平成 年 月 日提出
受付日付印

次ページに委任状欄・負傷原因記入欄があります。

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。		
	平成 年 月 日		
	⑭ 被保険者(申請者)の氏名と印	㊞	
	⑮ 代理人の	㊟ 事業所名称	内
① 氏名		㊞	

被保険者が記入するところ	⑯ 負傷原因記入欄 傷病名が外傷性のもの(骨折・損傷など)、腰部・頸椎疾患の場合は、記入または該当するものに○を打ってください。 ※初回申請時のみ記入してください。		
	対象者	傷病名	
	1. 負傷した日時はいつですか。 平成 年 月 日 (曜日) 午前・午後 時 分頃		
	2. 負傷した時間帯は次のうちどれですか。 出勤前・通勤途中(出勤時・帰宅時)・勤務中・出張中・休憩中・帰宅後 休日(定休日・有給休暇など)・その他()		
	3. 負傷した場所はどこですか。 会社内・工場内・道路上・営業先・自宅・その他()		
	4. 負傷した状況(原因)を具体的に記入してください。		
	5. 第三者の行為による負傷ですか。 いいえ・はい(相手のいる負傷の場合は別途「第三者行為による傷病届」の提出が必要です。)		
	6. 現在も治療を受けられていますか。 はい・いいえ(「いいえ」の場合 平成 年 月 治療終了)		

社会保険労務士の提出代行者印	㊞
----------------	---

「高額療養費」は、1ヵ月の自己負担額が自己負担限度額を超えた場合、超えた額が支給されます。

1. 高額療養費の「自己負担額」について

- ① 保険医療機関等の窓口で支払った保険診療に係る自己負担に限られます。
入院した時の食事療養費の負担額、個室料等の保険外負担額は含まれません。
- ② 自己負担額は受診者別、医療機関別、医科・歯科別、入院・通院（通院の場合は調剤分との合算）別に算出します。

2. 高額療養費の「自己負担限度額」について

<70歳未満の方の自己負担限度額>

所得区分	自己負担限度額	多数該当
標準報酬月額 (83万円以上)	252,600円 + (総医療費(※1) - 842,000円) × 1%	140,100円
標準報酬月額 (53万円～79万円)	167,400円 + (総医療費(※1) - 558,000円) × 1%	93,000円
標準報酬月額 (28万円～50万円)	80,100円 + (総医療費(※1) - 267,000円) × 1%	44,400円
標準報酬月額 (26万円以下)	57,600円	44,400円
低所得者 (※2)	35,400円	24,600円

<70歳以上の方の自己負担限度額>

所得区分	外来(個人単位)	外来 + 入院(世帯単位)
現役並み所得者(※3)	44,400円	80,100円 + (総医療費(※1) - 267,000円) × 1% <多数該当 44,400円>
一般所得者 (1割負担者含む)	12,000円	44,400円
低所得者Ⅱ(※4)	8,000円	24,600円
低所得者Ⅰ(※5)		15,000円

※1 総医療費

医療機関の窓口で支払った額ではありません。保険が適用される診察や治療に要した費用の総額です。

※2 低所得者

市区町村民税の非課税者である被保険者とその被扶養者等

(注) 低所得者の要件に該当した場合でも、上位所得者に該当する場合は、上位所得者の自己負担限度額が適用されます。

※3 現役並み所得者

標準報酬月額が28万円以上であって、かつ年収が単身世帯の場合383万円以上、複数世帯(70歳以上75歳未満の被扶養者を対象)の場合520万円以上の方。ただし、被扶養者が後期高齢者医療制度に加入したことにより、単身世帯となった場合に、その被扶養者であった方の収入と合わせて520万円未満であれば一般所得者となります。

※4 低所得者Ⅱ

市区町村民税の非課税者である被保険者とその被扶養者等

※5 低所得者Ⅰ

被保険者および被扶養者のすべてが、収入から必要経費・控除額を引いた後の所得がない場合の被保険者とその被扶養者等

(注) 低所得者Ⅱまたは低所得者Ⅰの要件に該当した場合でも、現役並み所得者に該当する場合は、現役並み所得者の自己負担限度額が適用されます。

3. 世帯合算について

同一世帯で同一月に21,000円以上の自己負担額(70歳以上の方は受診者別、入院・通院別にすべての自己負担額)が複数ある場合に、世帯で合算して自己負担限度額を超えたときは、超えた額が高額療養費として支給されます。なお、ここでいう世帯とは被保険者とその被扶養者のことをいいます。

4. 多数該当について

診療月以前1年間に3回以上の支給を受けた(受けられる)場合は、4回目から自己負担限度額が軽減されます。

※「高額療養費」は、医療機関等から提出される診療報酬明細書に基づいて支給決定いたしますので、お支払いは診療を受けた月から3ヵ月以降となります。

【記入上の注意事項】

1. 申請書は診療月ごとに作成してください。
2. 申請者印(②の⑦欄)および委任者印(⑭欄)は同一のもので鮮明に押印してください。
3. ⑥欄～⑪欄は70歳未満の被保険者、被扶養者に関して、同一月に医療機関別、入院・通院別に21,000円を超える自己負担が複数ある場合には、それぞれ記入してください。70歳以上の被保険者、被扶養者に関しては、同一月に医療機関別、入院・通院別にそれぞれ記入してください。
4. ⑦欄は、傷病名が外傷性のもの(骨折・損傷など)、腰部・頸椎疾患の場合は、初回申請時のみ負傷原因記入欄(⑯欄)を記入してください。
5. ⑩欄は、病院等で支払った額のうち、保険診療分に係るもののみを記入してください。ただし、その額が明確でないときは病院等で支払った金額を()内に記入してください。なお、⑪欄において費用徴収が「有」の場合は、当該徴収された費用の額を記入してください。
6. ⑪欄は、他の公的制度により医療費の自己負担相当額またはその一部の支給を受けられるかどうかについて該当する方に○印をつけ、受けられる場合は具体的な制度名を医療証等に記載されている名称を記入してください。また、自己負担相当額の一部について費用を徴収されたか否かについて該当する方に○印をつけてください。
7. ⑫欄は、今回申請の診療月以前1年間に、高額療養費の支給を3回以上受けた(申請中を含む)ことがある場合に、直近の3回分についてそれぞれ記入してください。

【添付書類】

1. ⑩欄に記入した金額の領収書の写し
2. 市区町村民税が非課税の方は、申請書に市区町村長から非課税であることの証明を受けるか、別に非課税証明書を添付。4月から7月診療分については、前年度の課税に関する証明を、8月から翌年3月診療分については、当年度の課税に関する証明を受けてください。
※ 同一年度(8月から翌年7月までの間)内において、すでに非課税証明書を提出している場合は、同一年内の申請に際して、非課税証明書の添付は不要です。
3. 療養費払いに係る高額療養費の支給申請は、その療養費の支給申請と併せて行ってください。
4. 被保険者の方が亡くなられ、被扶養者でないご家族の方が申請する場合、被保険者の方との続柄がわかる「除籍謄本」の写し等

事前に申請することで、保険医療機関、保険薬局等での窓口負担が軽減されます

- 70歳未満の上位所得者・一般所得者の方
事前に「健康保険限度額適用認定申請書」を申請することにより発行される「健康保険限度額適用認定証」と被保険者証を併せて保険医療機関、保険薬局等の窓口で提示することで、窓口での負担は自己負担限度額までとなります。
 - 市区町村民税が非課税などによる低所得者の方
事前に「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書」を申請することにより発行される「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証」と被保険者証を併せて保険医療機関、保険薬局等の窓口で提示することで、窓口での負担は自己負担限度額までとなります。
- ※ 70歳以上の現役並み所得者・一般所得者の方は「高齢受給者証」で窓口負担が自己負担限度額までとなります。