健康保険 □本人 □家族 □合算 高額療養費支給申請書

（令和　　年　　月診療分）

①被保険者等記号・番号	記号 番号		②被保険者の氏名	(フリガナ)			
③被保険者住所	〒　　－ TEL						
④事業所名称							
⑤療養を受けた者	氏名		氏名		氏名		
	生年月日	昭 平 令　年　月　日	生年月日	昭 平 令　年　月　日	生年月日	昭 平 令　年　月　日	
⑥療養を受けた医療機関の名称・所在地	名称						
	所在地						
⑦病気・ケガの別 ケガ(負傷)の場合は負傷届を併せてご提出ください	□ 病気(異常分娩含む) □ ケガ(負傷)		□ 病気(異常分娩含む) □ ケガ(負傷)		□ 病気(異常分娩含む) □ ケガ(負傷)		
⑧療養を受けた期間	令和　年　月 日から　日まで (　日間)		令和　年　月 日から　日まで (　日間)		令和　年　月 日から　日まで (　日間)		
⑨入院・外来の別	入院・外来		入院・外来		入院・外来		
⑩⑧の期間で医療機関に支払った金額	円 (　)		円 (　)		円 (　)		
⑪処方箋の交付を受けて薬を購入した調剤薬局の名称・金額	薬局 円		薬局 円		薬局 円		
⑫国・市町村より医療費の助成を受けられるか (障害者医療、乳幼児・子ども医療など)	□受けられない □受けられる(制度名:　) 自己負担額(　円)		□受けられない □受けられる(制度名:　) 自己負担額(　円)		□受けられない □受けられる(制度名:　) 自己負担額(　円)		
⑬ ⑧の診療月以前1年間に高額療養費に該当する月が3回以上ある場合、直近の診療月をご記入ください							
診療月	令和　年　月		令和　年　月		令和　年　月		

※申請の際は裏面の注意事項をご確認ください

⑭委任状	この申請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。 被保険者の 住所 氏名 代理人の 住所 会社名 氏名

⑮振込銀行	□ 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) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。											
	(フリガナ) 銀行	預金種目	普通・当座・その他(　)	口座番号								
	(フリガナ) 支店	口座名義	(フリガナ)									

被保険者等の記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください

マイナンバー	

確認欄	この届出については、以下の要件を満たしたものである
□	・申請者本人(被保険者)が記載したものである
□	・記載内容について誤りがないか申請者本人(被保険者)に確認している

大阪産業機械工業健康保険組合

記 入 す る と き の 注 意 事 項

・申請書は暦日（1日～末日）ごとに1ヵ月単位で1枚作成してください。
・⑩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、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。
　保険診療分として支払った金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。
・⑪欄　⑥の医療機関から処方箋の交付を受けて調剤薬局で薬を購入された場合、その費用を記入してください。
・⑫欄　自己負担すべき額の全部または一部について、国・市町村の助成金制度等から給付を受けられるか否か、いずれか該当する方に☑をいれてください。
　「受けられる」方は、その制度名を記入し、実際に徴収された費用の額を記入してください。この場合、徴収された費用の額を証明する領収書（写）を添付してください。
・⑭欄　この給付金の受取りを代理人に委任する場合、被保険者（申請者）および受取代理人それぞれが氏名、住所等を記入してください。
・⑮欄　希望する銀行等の名称、店名、預金口座番号、口座名義人の氏名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）
・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、②欄には申請者の氏名を記入し（　）書きで被保険者であった者の氏名を記入してください。また、相続人が被扶養者でない場合は「戸籍謄本」等を添付してください。

◎　高額療養費の支給要件

1. 同一月内に同一の医療機関で診療を受け、入院・通院・歯科・調剤・その他等の別に保険診療分として支払った自己負担の額が下記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。（入院時の食事代、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）

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
ア	標準報酬月額83万円以上の方	252,600円+（医療費−842,000円）×1%	140,100円
イ	標準報酬月額53万円～79万円の方	167,400円+（医療費−558,000円）×1%	93,000円
ウ	標準報酬月額28万円～50万円の方	80,100円+（医療費−267,000円）×1%	44,400円
エ	標準報酬月額26万円以下の方	57,600円	44,400円
オ	非課税者等※	35,400円	24,600円

70歳以上75歳未満の高齢者の所得区分による自己負担限度額　　▽印は多数該当分

所得区分	外来（個人ごと）	入院（世帯単位で入院と外来が複数あった場合は合算）	
現役並み所得がある方Ⅲ	252,600円+（医療費−842,000円）×1%		▽140,100円
現役並み所得がある方Ⅱ	167,400円+（医療費−558,000円）×1%		▽　93,000円
現役並み所得がある方Ⅰ	80,100円+（医療費−267,000円）×1%		▽　44,400円
一般の方	18,000円（年間上限144,000円）	57,600円	▽　44,400円
住民税非課税の方※	8,000円	24,600円	
基準所得がない方※		15,000円	

「現役並み所得のある方」とは、Ⅲ：標準報酬月額83万円以上、Ⅱ：標準報酬月額53万円～79万円、Ⅰ：標準報酬月額28万円～50万円である70歳以上75歳未満の被保険者および被扶養者です。標準報酬月額が26万円以下の方が「一般の方」となります。

※ 非課税者（次のいずれかに該当する場合）
　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）分の市町村民税が課税されない場合は、
　　市町村民税の非課税に関する市町村長の証明書を添付してください。
　　ただし、マイナンバーを記載された場合は、非課税証明書の添付を省略できます。
　　認定にあたって、以下の該当する住所を記入してください。
　　診療月が1月～7月の場合：診療月の前年1月1日時点の住民票住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
　　診療月が8月～12月の場合：診療月の当年1月1日時点の住民票住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
　② 被保険者また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。
　　（診療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を添付してください。
　　この通知書の写には、事業主、民生委員また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に該当するものにあっては、8月から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関して再度証明書等を添付する必要はありません。

3. 上記 1 による自己負担額のうち、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月以上高額療養費の支給を同一の保険者から受けている場合の4月目以降は、上記 1 による自己負担額が上記 2 の多数該当の額を超えた場合に、その超えた額が支給されます。（**多数該当**）

5. 他の制度により自己負担額の助成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当該費用徴収以外の全ての自己負担額）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、支払いの時期は、療養を受けた月から3ヵ月程度後になります。