

# 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)

※申請の際は裏面の注意事項をご確認ください

① 被保険者証の 記号・番号	記号	② 被保険者の 氏名	(フリガナ)		
	番号				
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 <small>昭平令</small>	生年月日 <small>昭平令</small>	生年月日 <small>昭平令</small>	年 月 日	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(負傷)の場合 は負傷届を併せて ご提出ください	<input type="checkbox"/> 病気(異常分娩含む)	<input type="checkbox"/> 病気(異常分娩含む)	<input type="checkbox"/> 病気(異常分娩含む)		
	<input type="checkbox"/> ケガ(負傷)	<input type="checkbox"/> ケガ(負傷)	<input type="checkbox"/> ケガ(負傷)		
⑧ 療養を受けた期間	令和 年 月	令和 年 月	令和 年 月		
	日から 日まで ( 日間)	日から 日まで ( 日間)	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
⑩ ⑧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		薬局		薬局
	円		円		円
⑫ 国・市町村より医療費の 助成を受けられるか <small>(障害者医療、乳幼児・子ども医療など)</small>	<input type="checkbox"/> 受けられない	<input type="checkbox"/> 受けられない	<input type="checkbox"/> 受けられない		
	<input type="checkbox"/> 受けられる(制度名: ) 自己負担額( 円)	<input type="checkbox"/> 受けられる(制度名: ) 自己負担額( 円)	<input type="checkbox"/> 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		
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。				
	住所 被保険者の 氏名  住所 代理人の 会社名 氏名				
⑮ 振込銀行	<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 <input checked="" type="checkbox"/> 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、備考欄へ記載してください  
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です)

備考欄	
-----	--

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
<input type="checkbox"/>	・申請者本人(被保険者)が記載したものである
<input type="checkbox"/>	・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

## 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、⑫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。(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)
- 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つては、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。