

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 (第 回目)(入院・通院)

◎記入の方法は裏面に書いてありますからよく読んでください。 ※印欄は記入しないでください。	被保険者証の記号・番号		③ フリガナ 被保険者の 氏名 (申請者)		(氏)		(名)		④ 生 年 月 日			
	①	②							昭	年	月	日
	⑤ 〒		ア 事業所 (勤務先) 名称									
	⑥ 診療月		年		月		70歳以上の方で過去1年間のうちに次に掲げる事項に該当された方は、番号に○をつけてください。 1. 「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証」を所持された方 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書」を提出された方					
	⑦ 単独・合算の別		※ 0 : 単独 1 : 合算		⑧ 多数該当の有無		※ 0 : 無 1 : 有		⑨ 所得等の種類		70歳未満 ※ ア・イ・ウ・エ・オ・I・II 70歳以上 ※ 現III・II・I・一般・I・II	
	イ 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		氏名		氏名		氏名					
			生年月日 S・H・R 年 月 日		生年月日 S・H・R 年 月 日		生年月日 S・H・R 年 月 日					
			続柄		続柄		続柄					
	ウ 傷病名											
	エ 療養を受けた病院等の名称および所在地											
	オ エの病院等で療養を受けた期間		年 月 日から 同月 日まで		年 月 日から 同月 日まで		年 月 日から 同月 日まで					
	カ オの期間に療養に対し病院等で支払った額(自己負担額)		円 ( )		円 ( )		円 ( )					
	キ 他の制度により自己負担額相当額、またはその一部の支給を受けられるかどうか		受けられる(制度名) / 受けられない		⑩ 費用徴収の有無 0 : 無 / 1 : 有		受けられる(制度名) / 受けられない		⑪ 費用徴収の有無 0 : 無 / 1 : 有		受けられる(制度名) / 受けられない ⑫ 費用徴収の有無 0 : 無 / 1 : 有	
	診療合計点数		⑬ ※ 点		⑭ ※ 点		⑮ ※ 点		⑯ ※ 点		⑰ ※ 点	
	入院・通院の別		⑱ 1 : 入院 2 : その他		⑲ 1 : 入院 2 : その他		⑳ 1 : 入院 2 : その他		㉑ 1 : 入院 2 : その他		㉒ 1 : 入院 2 : その他	
ク 今回申請の診療月以前1年間に高額療養費の支給を3回以上受けた場合、その直近の診療月被保険者証の記号・番号及び支給を受けた健康保険組合名		診療月		1. 年 月 診療分		2. 年 月 診療分		3. 年 月 診療分				
		被保険者証の記号番号										
		健康保険組合名										
ケ		銀行 信用金庫 信用組合 農協		本店 支店 本所 支所		普通No. 当座No. フリガナ 口座名義人						
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。)						□ 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)		委任する場合でマイナンバーを記載して申請するときは、「委任状などの代理権が確認できる書類」「代理人の身元確認書類」などの添付が必要です。		

受取代理人の欄	コ 本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	令和 年 月 日
	〒 住所 被保険者の (申請者) 氏名	〒 住所 代理人の 氏名

令和 年 月 日提出  
受付日付印

**(記入上の注意)**

- 申請書は、診療月ごとに作成してください。
- イ欄～キ欄は、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・通院別に自己負担限度額を超える自己負担がある場合または同一月に医療機関別、入院・通院別に21,000円以上の自己負担額(ク欄の費用徴収が「有」の場合は、自己負担相当額)が複数ある場合について記入してください。  
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・通院別に全ての自己負担額を記入してください。

70歳未満の自己負担限度額

所得区分	自己負担限度額	多数該当(4月目～)
標準報酬月額 83万円以上	252,600円 + (医療費 - 842,000円) × 1%	140,100円
標準報酬月額 53万～79万円	167,400円 + (医療費 - 558,000円) × 1%	93,000円
標準報酬月額 28万～50万円	80,100円 + (医療費 - 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(住民税非課税)	35,400円	24,600円

70歳～74歳の自己負担限度額

所得区分	自己負担限度額(世帯)		多数該当(4月目～)
標準報酬月額 83万円以上	252,600円 + (医療費 - 842,000円) × 1%		140,100円
標準報酬月額 53万～79万円	167,400円 + (医療費 - 558,000円) × 1%		93,000円
標準報酬月額 28万～50万円	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1%		44,400円
標準報酬月額 26万円以下	外来(個人ごと) 18,000円	57,600円	44,400円
低所得者(住民税非課税) II	外来(個人ごと) 8,000円	24,600円	
低所得者(住民税非課税) I	外来(個人ごと) 8,000円	15,000円	

- キ欄は、他の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○印をつけてください。また、受けられる場合は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。
- カ欄は病院等で支払った額のうち、保険診療分に係るものについてのみ記入し、特別室料、歯科で認められている差額徴収額等については除いてください。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記入し、その旨を( )内に記入してください。なお、ク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キ欄に記入してください。
- ク欄は、今回申請の診療月以前の12月以内に、高額療養費の支給を3月以上受けたことがある場合に、直近の3月分についてそれぞれ記入してください。

**(その他の注意)**

- この申請書には、費用の額を証する領収書等及び市区町村民税非課税または生活保護の場合、次のいずれかの証明書を添付してください。ただし、この申請書の下欄に証明された場合は、(1)の証明書の添付は必要ありません。
  - 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方にあつては、市区町村長の課税に関する証明書
  - 療養のあった月において生活保護法による保護を受けている方にあつては、事業主、民生委員または福祉事務所長が原本証明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
- 同一年度(上記1の(1)に該当する方にあつては、8月から翌年7月までの間)内において、既に上記1の証明書等を提出している場合は、同一年度内の療養に係る支給申請に際して上記1の証明書を添付する必要はありません。
- 療養費払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。
- 自己負担額には、柔道整復師、あんま、はり、きゅう等の施術で支払った自己負担相当額も該当します。
- キ欄の費用徴収が「有」の場合は、当該徴収された費用の額を証する領収書等を添付してください。
- キ欄の費用徴収の額と、当該療養のあった月と同一の月に医療機関別、入院・通院別の自己負担額が21,000円以上(70歳以上の方については当該費用徴収以外の全ての自己負担額)のものとの合算額が自己負担限度額を超えていなければ高額療養費は支給されません。
- 一定の制度により自己負担相当額の支給を受けられる場合は、この高額療養費は支給されません。

サ 市区町村長が証明する欄	④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 <span style="float: right;">⑨</span>
------------------	---