

健康 保 記 入 欄	支給決定額		支給年月日				常務理事	事務長	担当者	事業所担当者
	高額療養費	円	令和	年	月	日				
	家族高額療養費	円								
(備考)	支給決定印									

※印刷してご利用願います。

健康保険

被保険者
被扶養者

高額療養費（特定疾病）支給申請書

被 保 険 者 証 の	記号		番号		個人番号				生年月日						
	92		123456							昭和 平成	X	X	1	1	1
被 保 険 者 の 氏 名	ふりがな あじの たろう				事業所名 (出向元)		〇〇〇株式会社								
	在職中は支給金額の受領を事業主に委任します。				所 属 (出向先)		〇〇〇事業部								
味 野 太 郎	被 扶 養 者 の 氏 名				生 年 月 日				続 柄						
	味野 素子				昭和 平成 令和				X	X	0	6	0	4	妻
療 養 を 受 け た 年 月	平成・令和 〇〇 年 5 月診療分														
処 方 せ ん を 発 行 し た 医 療 機 関 等 の 名 称	〇△×病院				自己負担額		10,000 円								
調 剤 を 受 け た 調 剤 薬 局 名	〇〇薬局														
自 己 負 担 額	4,200 円														
と こ ろ	上記の通り、特定疾病にかかる高額療養費支給申請をいたします。														
	令和〇〇年〇月〇〇日														
	味の素健康保険組合 殿				住所		〇〇市〇〇町1-2-3								
					被保険者 氏名		味野 太郎								
	印														

添付書類: 医療機関と調剤薬局の領収書(原本)

支給印

受付印

申請対象となる場合

- ※特定疾病療養受領証にて外来（通院）受診し、医療費と調剤費の合算が自己負担限度額（1万円または2万円）を超えて支払った場合。
- ※他の公費制度により医療費の自己負担相当額の支給が受けられない場合。
(裏面〈留意事項〉参照ください)

〈注意事項〉

- 本申請は、1ヵ月（暦月）単位、個人別の医療機関毎に作成してください。（外来診療のみ対象）
- 医療機関とその医療機関が発行した処方せんにより調剤を受けた薬局での保険適用（※）の自己負担額の合計が自己負担限度額（1万円または2万円）を超えた場合、申請の対象となります。
- 毎月20日提出分（健保着）までを、翌月25日給与支払にて支給します。
(任意継続被保険者・資格喪失（退職）者は、個人の口座へ直接支給)

〈留意事項〉

下記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。

- ア. 「原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律」による一般疾病医療費の支給
- イ. 「児童福祉法」による育成医療の給付等
- ウ. 「予防接種法」による医療費の支給
- エ. 「障害者自立支援法」による自立支援医療の給付
- オ. 「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」による医療の給付
- カ. 「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」による医療の給付
- キ. 「麻薬及び向精神薬取締法」による医療の給付
- ク. 「母子保健法」による養育医療の給付等
- ケ. 「独立行政法人医薬品医療機器総合機構法」による医療費の支給
- コ. 「沖縄の復帰に伴う厚生省関係法令の適用の特別措置等に関する政令」による医療費の支給
- サ. 「身体障害者福祉法」の指定医療機関における医療の給付
- シ. 「特定疾患治療研究事業」による医療の給付
- ス. 「毒ガス障害者救済対策事業」による医療費の支給
- セ. 「先天性血液凝固因子障害等治療研究事業」による医療の給付
- ソ. 「水俣病総合対策費の国庫補助」による療養費の支給
- タ. 「石綿による健康被害の救済に関する法律」の医療費の支給
- チ. その他