

|                |       |    |       |  |   |  |   |  |   |
|----------------|-------|----|-------|--|---|--|---|--|---|
| レセプト確認         | 年     | 月分 |       |  |   |  |   |  | 円 |
| 総医療費           | 自己負担額 |    | 算定控除額 |  |   |  |   |  |   |
|                | —     |    | =     |  |   |  |   |  |   |
|                | 円     |    | 円     |  | 円 |  | 円 |  | 円 |
| 高額医療費貸付<br>有・無 | 備考    |    |       |  |   |  |   |  |   |

健康保険 本人・家族・合算 高額療養費支給申請書

( 年 月診療分)

|                                                                                            |                                                  |              |                                             |                |                                             |              |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------|---------------------------------------------|----------------|---------------------------------------------|--------------|--|--|
| ① 被保険者<br>記号・番号                                                                            |                                                  |              | ② 事業所の名称                                    |                |                                             |              |  |  |
| ③ 被保険者(申請者)<br>氏名(自署)                                                                      |                                                  |              | ④ 被保険者の<br>生年月日                             | 昭・平<br>令 年 月 日 | ※被保険者の<br>標準報酬月額 千円                         |              |  |  |
| ⑤ 被保険者(申請者)<br>の住所                                                                         | 〒                                                |              |                                             |                |                                             |              |  |  |
| ⑥ 療養を受けた者の<br>氏名                                                                           | 1                                                |              | 2                                           |                | 3                                           |              |  |  |
| ⑦ 療養を受けた者の<br>生年月日                                                                         | 昭・平<br>令 年 月 日                                   |              | 昭・平<br>令 年 月 日                              |                | 昭・平<br>令 年 月 日                              |              |  |  |
| ⑧ 療養を受けた者との<br>続柄                                                                          |                                                  |              |                                             |                |                                             |              |  |  |
| ⑨ 傷病名                                                                                      |                                                  |              |                                             |                |                                             |              |  |  |
| ⑩ 治療を受<br>けた医療<br>機関等の<br>名称及び<br>所在地                                                      | 名 称                                              |              |                                             |                |                                             |              |  |  |
|                                                                                            | 所在地                                              |              |                                             |                |                                             |              |  |  |
|                                                                                            | 種 類                                              | 入院 ・ 外来 ・ 調剤 |                                             | 入院 ・ 外来 ・ 調剤   |                                             | 入院 ・ 外来 ・ 調剤 |  |  |
| ⑪ ⑩の病院等で療養<br>を受けた期間                                                                       | 年 月 日から<br>同月 日まで 日間                             |              | 年 月 日から<br>同月 日まで 日間                        |                | 年 月 日から<br>同月 日まで 日間                        |              |  |  |
| ⑫ ⑪の期間に受けた<br>療養に対して病院等で<br>支払った額                                                          | 円                                                |              | 円                                           |                | 円                                           |              |  |  |
| ⑬ 他の制度により自<br>己負担額相当額または<br>その一部の支給を受け<br>られるかどうか                                          | 受けられる<br>(制度名 )<br>(費用徴収の 有 ・ 無 )<br>受けられない      |              | 受けられる<br>(制度名 )<br>(費用徴収の 有 ・ 無 )<br>受けられない |                | 受けられる<br>(制度名 )<br>(費用徴収の 有 ・ 無 )<br>受けられない |              |  |  |
| ⑭ 今回の診療月以前1年間<br>に高額療養費を3回以上受<br>けた場合、その直近の診療月、<br>被保険者の記号番号但し、当<br>組合から過去に支給を受けた<br>場合に限る | 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<br>記号 番号                                    |              |                                             |                |                                             |              |  |  |
| ⑮ 市区町村長が証明<br>する欄                                                                          | 上記③のものには 年度の市(区)長村民税が課されないことを証明する。<br>市区町村長名 (印) |              |                                             |                |                                             |              |  |  |
| うえの請求金額の受領を 委任します。<br>年 月 日 被保険者の氏名及び印 (印)                                                 |                                                  |              |                                             |                |                                             |              |  |  |
| 領 収 証<br>うえの金額金 円也を正に受領しました。<br>年 月 日 受領者の氏名及び印 (印)                                        |                                                  |              |                                             |                |                                             |              |  |  |

(記入上の注意)

- 1 申請書は、診療月ごとに作成して下さい。
- 2 (1) ⑥欄～⑩欄は、同一月に医療機関別、入院・通院別に自己負担額が61,500円(標準報酬月額が28万円～50万円の場合85,800円 53万円～79万円の場合179,100円 83万円以上の場合は270,300円)を超える自己負担額がある場合に医療機関別、入院・通院別の自己負担額が21,000円を超える自己負担が複数ある場合について記入して下さい。
- (2) ③欄の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)分の市区町村民税が課税されない場合または、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場合は、(1)の「61,500円」とあるのは「36,900円」

70歳未満の被保険者または被扶養者が、同じ月に同一の医療機関に支払った自己負担額が次の自己負担限度額を超えた場合、超えた分が払い戻されます。

| 被保険者の区分        | 自己負担限度額                    | 年間上限額      |
|----------------|----------------------------|------------|
| 標準報酬月額83万円以上   | 270,300円＋(医療費－901,000円)×1% | 1,680,000円 |
| 標準報酬月額53万～79万円 | 179,100円＋(医療費－597,000円)×1% | 1,110,000円 |
| 標準報酬月額28万～50万円 | 85,800円＋(医療費－286,000円)×1%  | 530,000円   |
| 標準報酬月額26万円以下   | 61,500円(定額)                | 530,000円※1 |
| 低所得者(住民非課税)    | 36,900円(定額)                | 290,000円   |

(※1 「標準報酬月額15万円以下」区分に該当することが確認できた者は、年間上限額410,000円を適用し令和9年8月以降に償還払い。)

- 3 ⑫欄は、病院等で支払った額のうち、保険診療分として支払った金額を記入し、入院時の食事代、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て下さい。なお、⑬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⑪欄に記入して下さい。
- 4 ⑬欄は、他の制度により医療費の自己負担額相当額またはその一部の支給を受けられる場合は具体的制度名記入をして下さい。
- 5 下の⑭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回以上受けたことがある場合に、直近3回分についてそれぞれ記入して下さい。

同一世帯で療養のあった月以前の1年間に高額療養費を3回以上支給を受けたことがある場合は、4回目以降から自己負担限度額が次のように軽減されます。

| 被保険者の区分        | 自己負担限度額      |
|----------------|--------------|
| 標準報酬月額83万円以上   | 140,100円(定額) |
| 標準報酬月額53万～79万円 | 93,000円(定額)  |
| 標準報酬月額28万～50万円 | 44,400円(定額)  |
| 標準報酬月額26万円以下   | 44,400円(定額)  |
| 低所得者(住民非課税)    | 24,600円(定額)  |

(その他の注意)

- 1 この申請書には、病院等で支払った領収書(写でも可)及び次のいずれかの証明書を添付してください。ただし、申請書の下欄⑮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。
  - (1) 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
  - (2) 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、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又は保護廃止決定通知書の写
- 2 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。
- 3 一定の制度により自己負担額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。