

健康保険高額療養費・差額高額療養費支給申請書

◎ 記入するときにはうらの注意事項をよく読んで誤りのないように入力してください。

① 健康保険被保険者証の記号・番号		② 被保険者の生年月日				③ 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、下記備考欄へ記載(12ケタ)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となります。)			
記号	番号	昭 平	年	月	日	備考欄			
④ 被保険者(申請者)の氏名						⑤ 事業所の			
(フリガナ)						名称			
(相続人からの申請の場合は被保険者の氏名:)						所在地			
⑥ 被保険者(申請者)の住所・日中連絡がとれる電話番号						(フリガナ)			
〒						電話番号 ()			
⑦ 診療年月		年		月		【必ず月(1日から末日)を単位で作成し、左記の診療月について受診者ごと(医療機関、薬局、入院、通院別等)に記入ください。】			
⑧ 療養を受けた者の氏名		1		2		3			
生年月日(被保険者との続柄)		昭・平・令 年 月 日 ()		昭・平・令 年 月 日 ()		昭・平・令 年 月 日 ()			
⑨ 傷病名		ケガ 病		ケガ 病		ケガ 病			
⑩		いつ		年 月 日		年 月 日		年 月 日	
⑨で「ケガ」に○を付けた方はご記入ください		どこで							
		何をしていた どのように 負傷したか							
⑪ 療養を受けた医療機関等の		名称							
		所在地							
⑫ 上記の医療機関等で⑦に療養を受けた実日数		日間		日間		日間			
⑬ 上記で受けた療養に対して医療機関等で支払った額		() 円		() 円		() 円			
⑭ 自己負担すべき額の全部又は一部について、他の制度から支給を受けられますか		いいえ・はい ⇒ ↓ 費用徴収 無・有		いいえ・はい ⇒ ↓ 費用徴収 無・有		いいえ・はい ⇒ ↓ 費用徴収 無・有			
		(制度名)		(制度名)		(制度名)			
⑮ 入院・通院の別		入院・通院(その他)		入院・通院(その他)		入院・通院(その他)			

人が申請者又は受取代理者が記入する欄	振込先	⑯ 銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所			⑰ (カタカナでご記入ください)			
		⑱ 預金種別 普通・その他 ()			⑲ 口座番号			

↑ 被保険者(申請者)名義のもの(受領委任をする場合は代理人名義のもの)を記入してください。

受取代理人の欄	⑳ 被保険者(申請者)の住所・氏名		㉑ 代理人の氏名		㉒ 被保険者(申請者)との関係			
	本請求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(申請者) 令和 年 月 日 住所 氏名		㉓ 代理人の住所・電話番号 〒		電話 ()			

↑ この欄は給付金の受取りを代理人に委任する場合のみ、記入してください。

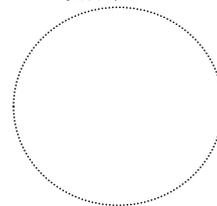
㉔ 上記④の被保険者には、令和 年度の市区町村民税が課せられないことを証する。 令和 年 月 日 市区町村長名 ㉕
--

↑ 市区町村民税が非課税等の場合に、市区町村長の証明を受けてください。
※4月～7月診療分については前年度の課税に関する証明。

受付年月日

※必ず領収書の写しを添付してください。

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄



記入するときの注意事項(添付書類を含む)

- ・ 申請書は、暦月ごとに作成してください。
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書と併せて提出してください。
- ・ 記入するときは、鉛筆を使用しないでください。
- ・ ④欄 被保険者(申請者)が自ら署名してください。ただし被保険者(申請者)以外の者が署名する場合は、押印が必要です。

被保険者が死亡した場合は、相続人から請求することができます。この場合、④欄には相続人の氏名を記入し、()内に被保険者であった者の氏名を記入してください。
 また、相続人であることが確認できる「戸籍謄本」を添付してください。
- ・ ⑬欄は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、病院で支払った金額を()内に記入してください。領収書の写しは必ず添付してください。
- ・ ⑭欄で費用徴収「有」の場合は、実際に徴収された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する領収書等を添付してください。

高額療養費の支給要件の概要

①支給を受ける条件

同一月(1日から月末まで)に医療機関等の窓口で支払った**②高額療養費の計算対象となる自己負担額**の世帯(被保険者とその被扶養者)での合計が**③自己負担限度額**を超えた場合に、超えた額が高額療養費として支給されます。

自己負担額		計算対象外	
自己負担限度額	高額療養費	健康保険組合が負担する額	差額ベッド代、食事代等(保険適用外の負担)
医療費			

②高額療養費の計算対象となる自己負担額

- 70歳未満の方が医療機関等の窓口で支払った自己負担額を下表①～⑤に当てはめ、21,000円以上のもの

① 月ごと	② 受診者ごと	③ 医療機関ごと	④ 医科・歯科ごと
⑤ 入院・通院ごと(調剤薬局での自己負担額は処方箋を発行した医療機関の自己負担額に含まれます。)			

- 70歳～74歳の方が支払った自己負担額

③自己負担限度額

年齢と所得区分により自己負担限度額が異なります。

70歳未満の方

所得区分	自己負担の上限額(月額)	多数回該当の自己負担限度額
標準報酬月額 83万円以上	$252,600 + (\text{医療費} - 842,000) \times 1\%$	140,100円
標準報酬月額 53万円～79万円	$167,400 + (\text{医療費} - 558,000) \times 1\%$	93,000円
標準報酬月額 28万円～50万円	$80,100 + (\text{医療費} - 267,000) \times 1\%$	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歳以上の方

所得区分 70歳～74歳 (3割・2割の方)	自己負担の上限額(月額)		多数回該当の自己負担限度額
	外来(個人ごと)		
標準報酬月額 83万円以上	$252,600 + (\text{医療費} - 842,000) \times 1\%$		140,100円
標準報酬月額 53万円～79万円	$167,400 + (\text{医療費} - 558,000) \times 1\%$		93,000円
標準報酬月額 28万円～50万円	$80,100 + (\text{医療費} - 267,000) \times 1\%$		44,400円
標準報酬月額 26万円以下	18,000円 (年間14.4万円上限)	57,600円	44,400円
低所得者	Ⅱ(住民税非課税・年金収入80～160万円)	8,000円	24,600円
	Ⅰ(住民税非課税・年金収入80万円以下)		15,000円

* 多数該当：直近12ヵ月で高額療養費の払い戻しが4回目以降の場合