

健康保険 高額療養費支給申請書

診療年月をご記入ください

〇〇年〇〇月 診療分

| | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|-----------------|-------------------------|---|---------------------|-----------------------------|--------|--------------|--------|--|
| 被保険者が記入するところ（この欄の訂正は被保険者の直筆で訂正） | 被保険者証の記号・番号 | 記号 | 記号 | 事業所名称 | 勤務先の名称をご記入ください | | | | | |
| | | 番号 | 番号 | 被保険者のマイナンバー記載欄 <small>（被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です）</small> | | | | | | |
| | 被保険者の氏名 生年月日と印 | フリガナ | | | 生年月日 | | | | | |
| | | 被保険者の氏名をご記入ください | | | 昭和 平成 令和 | 年 | 月 | 日 | | |
| | 被保険者の住所・電話番号 | 〒 | | | 被保険者の住所と連絡先をご記入ください | | | | | |
| | | | | | TEL | - | - | | | |
| | 療養を受けた方の氏名と生年月日および被保険者との続柄 | 氏名 | 高額医療の対象となる方の氏名を記入してください | | | 氏名 | 氏名 | | | |
| | | 昭・平・令 | 〇〇年 | 〇〇月 | 〇〇日 | 昭・平・令 | 年 | 月 | 日生 | |
| | | (続柄: 〇〇) | | | (続柄:) | | | (続柄:) | | |
| | 傷病名 | 〇〇〇〇〇〇 | | | | | | | | |
| 療養を受けた医療機関等の名称 | 名称 | 病院の名称をご記入ください | | | 名称 | 高額医療が2件以上ある場合は、こちらにもご記入ください | | | | |
| | 所在地 | 病院の所在地をご記入ください | | | 所在地 | | | | | |
| | いずれかに○をつけてください | | | 入院 | 外来 | 調剤 | 入院 | 外来 | 調剤 | |
| 上記医療機関等で療養を受けた期間 | 〇〇年〇〇月〇〇日から 〇〇年〇〇月〇〇日まで 〇〇日間 | | | 年 | 月 | 日から | 年 | 月 | 日まで | |
| 上記で受けた療養に対し医療機関等で支払った費用の補助が受けられるか | 〇〇〇,〇〇〇円 | | | 円 | | | | 円 | | |
| | どちらかに○をつけてください | | | 受ける | 受けられない | 受ける | 受けられない | 受ける | 受けられない | |
| | → (制度名) | | | → (制度名) | → (制度名) | | | → (制度名) | | |
| | → (費用徴収の有・無) | | | → (費用徴収の有・無) | → (費用徴収の有・無) | | | → (費用徴収の有・無) | | |

※被保険者名義のもの（受領委任する場合は代理人名義のもの）を記入してください。

| 高額療養費を受け取る金融機関 | |
|--|---|
| 公金受取口座 | <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。 <small>（利用する場合は☑、利用しない場合や被保険者名義以外の口座を利用する場合は下記の欄に記入してください）</small> |
| 公金受取口座を利用される場合は☑を、利用しない場合や被保険者名義以外の口座を利用する場合は、口座情報をご記入ください | |
| 口座番号 | (支)店 出張所 営業部 (桁)を記入) 普通・当座 |
| | |
| 口座名義 | |

※高額療養費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。

| | | | |
|---------|--|--|----------|
| 受取代理人の欄 | 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。 令和 年 月 日 | | 代理人氏名 |
| | 被保険者氏名（自署） | | |
| | 代理人の住所・電話番号 | | 被保険者との関係 |
| | 〒 | | TEL |
| | | | |

※市区町村民税が非課税等の場合は、市区町村長の証明を受けてください。

| | | |
|------------|---|--|
| 市区町村が証明する欄 | <p style="text-align: center; color: red;">市区町村民税が非課税の方は、役所でこちらに証明を もらうか非課税証明書を発行してもらってください</p> <p style="text-align: right;">市区町村長名 ㊟</p> | <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 10px; width: fit-content; margin: auto;"> 受付年月日 </div> |
|------------|---|--|

- 《注意事項》
- 診療月ごとに1枚の用紙で申請してください。
 - 健康保険適用分における自己負担額のみが対象となります。（入院時食事療養費や個室部屋代等の自己負担分は対象外です。）
 - 高額療養費のお支払いは、最短でも診療月の約2ヶ月後になります。（医療機関の処理状況により2ヶ月以上かかる場合もあります。）
 - 記載内容を訂正する場合は、訂正印や修正テープ等は使用せず、訂正箇所を二重線で抹消し正しい内容をご記入ください。

1. 高額療養費について

診療を受けた各月（1日～末日）の自己負担額が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。高額療養費の支給申請の時効については、診療を受けた月の翌月1日から起算して2年間です。

2. 高額療養費の「自己負担額」について

① 保険医療機関等の窓口で支払った保険診療にかかる自己負担額に限られます。個室料等の保険外負担額や、入院したときの食時療養費等の負担額は自己負担額には含まれません。

② 自己負担額は、受診者別、医療機関別、歯科別、入院・外来別にそれぞれ算出されます。（薬局で調剤を受けたときは、処方箋を交付した医療機関分に含めて計算します。）

それぞれに21,000円以上のもの（70歳以上の高齢受給者の方は同一月の全ての自己負担額）が合算の対象になります。

3. 世帯合算について

同一世帯で同一月に複数の自己負担額がある場合に、世帯で合算して自己負担限度額を超えたときは、超えた額が高額療養費として支給されます。なお、ここでいう世帯とは被保険者とその被扶養者のことをいいます。

4. 高額療養費の「自己負担限度額」について

自己負担限度額は、年齢や所得区分によって分かれます。

【70歳未満の方の自己負担限度額】

| 所得区分 | 自己負担限度額 | 多数該当（※2） |
|------------------------|-------------------------------------|-----------|
| 標準報酬月額 83 万円以上 | 252,600 円 + (総医療費 - 842,000 円) × 1% | 140,100 円 |
| 標準報酬月額 53 万円以上 83 万円未満 | 167,400 円 + (総医療費 - 558,000 円) × 1% | 93,000 円 |
| 標準報酬月額 28 万円以上 53 万円未満 | 80,100 円 + (総医療費 - 267,000 円) × 1% | 44,400 円 |
| 標準報酬月額 28 万円未満 | 57,600 円 | 44,400 円 |
| 低所得者（住民税非課税※1） | 35,400 円 | 24,600 円 |

※1 低所得者

○療養のあった月の属する年度(4～7月診療分については前年)の市区町村民税が非課税者である被保険者とその被扶養者

○療養のあった月に生活保護を受けていて、低所得者の適用を受けることにより生活保護の被保護者とならない被保険者とその被扶養者

(注) 低所得者の要件に該当した場合でも、上位所得者に該当する場合は、上位所得者の自己負担限度額が軽減されます。

※2 多数該当

○診療月以前1年間に3回以上高額療養費の支給を受けた(受けられる)場合は、4回目から自己負担限度額が軽減されます。

【70歳以上の方の自己負担限度額】

| 所得区分 | 自己負担限度額 | | 多数該当 |
|--|-------------------------------------|-------------|-----------|
| | 外来（個人単位） | 外来+入院（世帯単位） | |
| 標準報酬月額 83 万円以上 | 252,600 円 + (総医療費 - 842,000 円) × 1% | | 140,100 円 |
| 標準報酬月額 53 万円以上 83 万円未満 | 167,400 円 + (総医療費 - 558,000 円) × 1% | | 93,000 円 |
| 標準報酬月額 28 万円以上 53 万円未満 | 80,100 円 + (総医療費 - 267,000 円) × 1% | | 44,400 円 |
| 一般所得者 (標準報酬月額 26 万円以下) | 18,000 円 (年間上限 144,000 円) | 57,600 円 | 44,400 円 |
| 低所得者Ⅱ（※1） (住民税非課税、年金収入 80 万～160 万円) | 8,000 円 | 24,600 円 | — |
| 低所得者Ⅰ（※2） (住民税非課税、年金収入 80 万円以下) | | 15,000 円 | — |

※1 低所得者Ⅱ

○療養のあった月の属する年度(4～7月診療分については前年度)の市区町村民税が非課税者である被保険者とその被扶養者

○療養のあった月に生活保護を受けていて、低所得者Ⅱの適用を受けることにより生活保護の被保護者とならない被保険者とその被扶養者

※2 低所得者Ⅰ

○被保険者および被扶養者すべてが、収入から必要経費・控除額を引いた後の所得がない場合の被保険者とその被扶養者

○療養のあった月に生活保護を受けていて、低所得者Ⅰの特例を受けることにより生活保護の被保護者とならない被保険者とその被扶養者

(注) 低所得者Ⅱまたは低所得者Ⅰの要件に該当した場合でも、現役並み所得者に該当する場合は、現役並み所得者の自己負担限度額が適用されます。