

款項目	支給決定額	診療月		所得	回数	平成			平成					
		年	月			年	月	日	年	月	日			
	¥	平成	年	月	上位・一般・非課税	平成	年	月	日	支	平成	年	月	日
健保使用欄	診療点数	自己負担額			診療点数×10円									
	( ) × 1.2・3 = ( ) 円	150,000円 + ( ) 円 - 500,000円) × 1%												
	( ) × 1.2・3 = ( ) 円	83,400円												
	( ) × 1.2・3 = ( ) 円	80,100円 + ( ) 円 - 267,000円) × 1%												
	( ) × 1.2・3 = ( ) 円	44,400円			20,000円									
	( ) × 1.2・3 = ( ) 円	35,400円			12,000円									
	( ) × 1.2・3 = ( ) 円	24,600円			10,000円									

## 健康保険高額療養費支給申請書(第 回)

被 保 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者証の 記号・番号	(記号)	(番号)	②被保険者の生年月日			昭和・平成	年	月	日	③事業所名			
	④被保険者 (申請者) の氏名と印	(印)			⑤被保険者 (申請者) の住所									
	⑥診療月	平成	年	月	⑦70歳以上の方で過去1年間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を受けている方									
					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により変更となっている方									
	⑧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								
		昭和・平成		昭和・平成		昭和・平成								
	⑨傷病名													
	⑩療養を受けた 医療機関等の名称 および所在地	名称												
		所在地												
	⑪上記の医療機関等で療養 を受けた期間、療養実日数	平成	年	月	日から	平成	年	月	日から	平成	年	月	日まで	日間
		平成	年	月	日まで	平成	年	月	日まで	平成	年	月	日まで	日間
	⑫上記の期間に受けた療養 に対して医療機関等で 支払った額			円			円			円				
	⑬他の公的制度により自己負 担相当額、またはその一部の 支給を受けられるかどうか	受けられる (制度名)	費用徴収の有無	受けられる (制度名)	費用徴収の有無	受けられる (制度名)	費用徴収の有無							
		0 : 無		0 : 無		0 : 無								
		1 : 有		1 : 有		1 : 有								
	⑭入院・通院の別	1 : 入院 2 : その他		1 : 入院 2 : その他		1 : 入院 2 : その他								

支 払 希 望 の 銀 行	銀行 信用金庫 農協								店	支店コード	普通・当座 (○をつけてください)
	口座 番号								預金名義	(フリガナ)	

受 取 代 理 人 の 欄	本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。											
	平成 年 月 日											
	住所											
	被保険者	氏名	(印)									
	住所											
	代理人	氏名	(印)									

⑮当該被保険者は平成 年度の市区町村民税が課されないことを証明する
平成 年 月 日
市区町村長名 (印)

平成 年 月 日提出

受付日付印

※4月から7月診療分については、前年度の課税に関する証明を、  
8月から翌年3月診療分については、当年度の課税に関する証明を市区町村長から受けてください。

## 記入するときの注意事項、高額療養費の支給要件、その他留意事項

- ・ 申請書は、下記の支給要件に基づき、暦月ごとに作成してください。
- ・ ④欄は受診者名ではなく、被保険者名を記入してください。  
[被保険者が死亡した場合は、埋葬料の請求を行った相続人から申請することができます。この場合、被保険者名と相続人の名前を記入してください。]
- ・ ⑩欄は自己負担すべき額の全部又は一部について、市区町村で助成を受けられるか否か、いずれか該当する方を○で囲んで下さい。  
「受けられる」を○で囲んだときは、市区町村名を記入してください。
- ・ 銀行の振込先は④欄の被保険者名(被保険者死亡の場合は相続人名義)で記入してください。この給付金の受取りを代理人に委任する場合は「受取代理人の欄」に被保険者(申請者)及び受取代理人それぞれ氏名、住所等を記入し、押印してください。

1、次の区分により保険診療分として支払った医療費の自己負担額(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)が、2の計算式により算出した自己負担限度額を超えた場合に、その超えた額が支給されます。

- ・ 各月ごと(毎月1日から末日まで)
- ・ 医療機関ごと
- ・ 入院・外来ごと

所得区分	自己負担限度額(70歳未満の方)	
A	150,000円+(医療費-500,000円)×1% 【83,400】	
B	80,100円+(医療費-267,000円)×1% 【44,400】	
C	35,400円 【24,600】	
人工透析	上位	20,000円
	一般	10,000円

※ 医療費とは  
自己負担額÷窓口負担割合×10をしたものになります

所得区分	自己負担限度額(70歳以上75歳未満の方)	
	個人単位(外来のみ)	世帯単位(入院含む)
D	44,400円	80,100円+(医療費-267,000円)×1% 【44,400】
E	12,000円	44,400円
F	8,000円	24,600円
G		15,000円

※所得区分は次のとおり

A 標準報酬月額53万円以上

B 標準報酬月額53万円未満

C 次のいずれかに該当する場合は、

ア 被保険者が療養のあった月の属する年度(4月～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。

市区町村民税の非課税に関する市区町村の証明書を添付してください。

申請書の⑩欄に市区町村の証明を受けられた場合は、証明書の添付は必要ありません。

8月から翌年7月までの間内において、既に証明書等を提出している場合は、同一年度内の申請に対して再度証明書を添付する必要はありません。

イ 被保険者又は被扶養者が療養のあった月の属する年度において生活保護法の被保護者等である場合。

診療月以前に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、保護廃止決定通知書等の写を添付してください。この通知書の写には、事業主、民生委員又は福祉事務所長の原本の証明をうけてください。

D 標準報酬月額が28万円以上である70歳以上75歳未満の被保険者及びその70歳以上75歳未満の被扶養者等

※ 70歳以上75歳未満の被保険者及びその70歳以上75歳未満の被扶養者等の前年(1月～7月の診療月の場合は前々年)の収入の合計が520万円(70歳以上75歳未満の被扶養者がいない場合には383万円)に満たない場合は、申請により所得区分がEとなります。

E 標準報酬月額が28万円未満である70歳以上75歳未満の被保険者及びその70歳以上75歳未満の被扶養者等

F Cと同様になります。

G Fに該当する方で、一定の基準を満たす場合(市区町村民税の基準所得(各所得毎に必要な経費、控除を差し引いたときの所得)がないこと。)

3、上記1の区分により保険診療分として支払った医療費の自己負担額のうち、同一月に21,000円以上(70歳以上75歳未満の方については全ての自己負担額)のものが複数あるときは、それらを合算した額が上記2の計算式で算出した自己負担限度額を超えた場合に、その超えた額が支給されます。《世帯合算》

4、診療月以前1年間に当健康保険組合から3回以上高額療養費の支給を受けている場合協会健康保険組合及び他の健康保険組合から支給を受けた場合は、この回数には算入されません。)の4回目以降は、上記1の区分により支払った自己負担額が上記2の表の【】内の額を超えた場合に、超えた額が支給されます。《多数該当》