

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者等 (注6)		所属事業所	名称			
	記号	番号		所在地			
	被保険者の(申請者)氏名		(フリガナ)	生年月日(年齢)		連絡先電話番号	
				昭和・平成	年 月 日	()	()
	被保険者の(申請者)住所		〒	(フリガナ)			
	① 診療月	年 月 分		※領収書のコピーを必ず添付してください。 (受診者1人1ヶ月毎に、医療機関毎、入院・外来・調剤毎で分けること)			
	② 療養を受けた者の氏名	(フリガナ)		(フリガナ)	(フリガナ)	(フリガナ)	(フリガナ)
		(歳)		(歳)	(歳)	(歳)	(歳)
	③ 傷病名						
④ 療養を受けた医療機関等の名称・種類	名称						
	種類	入院・外来・調剤		入院・外来・調剤		入院・外来・調剤	
⑤ ④の医療機関等で療養を受けた期間	年 月 日から (日間) 年 月 日まで		年 月 日から (日間) 年 月 日まで		年 月 日から (日間) 年 月 日まで		
⑥ 医療機関等で支払った窓口負担の内、保険診療の一部負担金額	円		円		円		
⑦ 他の公的制度(自治体等)から医療費助成を受けられるかどうか	<input type="checkbox"/> 受けられる：窓口負担(有・無) (制度名) <input type="checkbox"/> 受けられない		<input type="checkbox"/> 受けられる：窓口負担(有・無) (制度名) <input type="checkbox"/> 受けられない		<input type="checkbox"/> 受けられる：窓口負担(有・無) (制度名) <input type="checkbox"/> 受けられない		
⑧ ①の診療月以前に、高額療養費に該当する月が3か月以上ある場合、直近3か月分の診療月をご記入ください。							
		1	年 月 診療	2	年 月 診療	3	年 月 診療
受取代理人の欄	本請求および給付金に関する受領を代理人に委任します。 記入日 年 月 日 被保険者(申請者) 住所 氏名 (印) 代理人(受任者) 住所 氏名 (印)						

支払金融機関の欄	金融機関	銀行・金庫 信組・農協	本店 支店・出張所	預金種別	1：普通 3：別段 2：当座 4：通知
	口座番号		口座名義 (請求者名義のみ)		フリガナ

受付印

- 注 1 ケガが原因の場合は「負傷の原因」、第三者行為の場合には「第三者行為による傷病届」の届出を、別途、ご提出いただきます。
- 2 その世帯で同一月に自己負担額が1件21,000円以上の療養が複数ある場合には世帯合算されます。ただし、70歳以上の被保険者・被扶養者は、一部負担金の額に関係なく全てのものが対象となります。
- 3 複数月の請求をする場合は、この申請書が1ヶ月毎に1枚必要です。
- 4 印鑑は朱肉で押印し、シャチハタ等のゴム印は使用しないでください。
- 5 消えるペン、鉛筆、修正テープは使用しないでください。
- 6 記号・番号は、①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書(健康保険証)のいずれかでご確認ください。

(高額療養費)

窓口で支払う一部負担金が高額になったときは、自己負担限度額を超えた額が申請により支給されます。
自己負担限度額は、所得により決定し、月の1日から月末までの月単位で計算します。

(自己負担限度額)70歳未満の被保険者・被扶養者 ※平成27年1月診療分より適用

標準報酬月額 (所得区分)	基準額	自己負担限度額	多数該当の場合(※1)
83万円以上	252,600円	252,600 + (医療費 - 842,000円) × 1%	140,100円
53万~79万円	167,400円	167,400 + (医療費 - 558,000円) × 1%	93,000円
28万~50万円	80,100円	80,100 + (医療費 - 267,000円) × 1%	44,400円
26万円以下	57,600円	57,600円	44,400円
低所得者(※2)	35,400円	35,400円	24,600円

※1 今回申請の診療月以前の12ヶ月以内に、すでに3回以上高額療養費の支給を受けている場合については、4回目以降の自己負担限度額が軽減されます。(多数該当)

※2 被保険者が、今回申請の診療月の属する年度(4月から7月診療分については前年度)分の住民税が非課税である場合をいいます。

被保険者本人が住民税非課税者である場合は、自己負担限度額が軽減されます。

マイナンバーを活用して非課税証明書の添付を省略するために、以下に該当する郵便番号を記入してください。

非課税者の情報	診療月が 1月~7月の場合	「診療月の前年1月1日時点」の住民票住所の郵便番号 〒 <input type="text"/> - <input type="text"/>
	診療月が 8月~12月の場合	「診療月の当年1月1日時点」の住民票住所の郵便番号 〒 <input type="text"/> - <input type="text"/>

(記入上の注意)

- 申請書は、診療月ごとに作成してください。
- ②~⑦欄は下記について記入してください。同一月に医療機関別、入院・通院別で
(70歳未満の被保険者・被扶養者) ア)上記の自己負担額を超える一部負担金額
イ)21,000円を超える複数の一部負担金で、合計すると上記の自己負担額を超える場合、その一部負担金額
(70歳以上の被保険者・被扶養者) ウ)全ての一部負担金額
- ⑦欄は、自治体などから医療費の自己負担相当額またはその一部の支給が受けられるかどうかについて該当するものに
☑印をつけ、制度下記記号(ア~オ)とオの場合は制度名を記入してください。
ア、「児童福祉法」による育成医療の給付等
イ、「身体障害者福祉法」による更正医療に要する費用の支給
ウ、「精神保健及び精神障害者福祉法に関する法律」による医療の給付
エ、「母子保健法」による養育医療の給付等
オ、その他
- ⑥欄は医療機関等で支払った領収書を確認し、「保険診療」の一部負担金額を記入してください。
※入院時食事療養標準負担額、特別室料、保険外診療分等は除きます。
- ⑧欄は、今回申請の診療月以前の12ヶ月以内に、高額療養費の支給を3月以上受けたことがある場合に、直近の3月分についてそれぞれ記入してください。

(その他の注意)

- 高額療養費申請には、医療機関等へ支払った一部負担金額記載の領収書コピーを必ず添付してください。
- 高額療養費の算定は、医療機関からのレセプト(診療報酬明細書)にもとづき計算されます。
レセプトは審査機関を経由して診療の翌々月に当組合に提出されるため、計算が確定するまで3ヶ月以上かかります。
- 保険外診療(レーシック、インプラント等)にかかった費用は高額療養費の払戻対象とはなりません。
- 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と併せて行ってください。
- 一定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。