

※本件支給してよろしいか	支給年月日		摘要		(本人・家族)		(単独・世帯合算・多数該当)		(入院・入院外)	
	支給対象月		安		給		期		間	
	年 月 診療分		年 月 日 取得		年 月 日 喪失		被扶養者の確認		有 ・ 無	
	診療点数		負担割合		自己負担額		診療点数×10円		支給算出額(円)	
() × 1・2・3 = () 円		252,600円 + () 円 - 842,000円) × 1%		140,100円		167,400円 + () 円 - 558,000円) × 1%		所得等の種類		
() × 1・2・3 = () 円		93,000円		80,100円 + () 円 - 267,000円) × 1%		57,600円 44,000円 35,400円 24,600円 20,000円		ア・イ・ウ・エ・オ 現役・一般・低Ⅱ・低Ⅰ		
() × 1・2・3 = () 円		15,000円 12,000円 10,000円 8,000円								

健康保険高額療養費支給申請書 (年 月 診療分)

① 被保険者証の記号・番号

② 事業所の名称
所在地

③ 被保険者の氏名

④ 被保険者の生年月日 昭・平 年 月 日

⑤ 70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

⑥ 療養を受けた者の氏名、生年月日(被保険者との続柄)	1 年 月 日()	2 年 月 日()	3 年 月 日()	
⑦ 傷病名				
⑧ 療養を受けた医療機関等の名称 所在地				
⑨ 上記の医療機関等で療養を受けた期間、療養の実日数	年 月 日から 年 月 日まで 日間	年 月 日から 年 月 日まで 日間	年 月 日から 年 月 日まで 日間	
⑩ 上記で受けた療養に対し医療機関等に支払った額	() 円	() 円	() 円	
⑪ 他の制度により自己負担額は受けられるかどうか	・受けられる (制度名) (費用徴収 有・無) ・受けられない	・受けられる (制度名) (費用徴収 有・無) ・受けられない	・受けられる (制度名) (費用徴収 有・無) ・受けられない	
⑫ 入院・通院の別	入院・その他	入院・その他	入院・その他	
⑬ 今回申請の診療月以前1年間に当健康保険組合から高額療養費の支給を3月以上受けた場合、その直近の3月分の診療月、被保険者証の記号番号及び限度額適用認定証(限度額適用・標準負担額減額認定証)使用の有無	診療月	1 年 月 診療分	2 年 月 診療分	3 年 月 診療分
	被保険者証の記号番号	-	-	-
	限度額適用認定証等使用の有無	有・無	有・無	有・無

⑭ 振込先金融機関名 農協銀行 本店 普通支店 当座 No. (フリガナ) 名義人の氏名

⑮ 上記のとおり申請します。
年 月 日 住所 被保険者(申請者)の氏名(続柄)
大阪府農協健康保険組合理事長殿

※印のところは記入しないでください。

◎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してください。

⑯ 上記③の被保険者には、平成 年度の市区町村民税が課されていないことを証明する。
年 月 日 市区町村長名

記入するときの注意事項（添付書類を含む）

- ・ 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。（療養が2か月にまたがるときは、各月ごとに申請書が必要です。）

療養費払に係る高額療養費の支給申請書は、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は使用しないでください。
- ・ 記入もれのないよう注意してください。

◎ 被保険者（申請者）が記入するところ

- ・ ①～④欄 あなたの健康保険被保険者証に記載されています。
- ・ ⑥欄 同月中に該当者が2名以上あるときは該当者全員につき記入してください。
- ・ ⑦欄 傷病名は、わかる範囲で記入してください。
- ・ ⑨欄 療養を受けた期間は、同一月内の期間を記入してください。
- ・ ⑩欄 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、病院等で支払った金額を（ ）内に記入してください。
⑩欄で費用徴収「有」の場合は、実際に徴収された費用の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。
- ・ ⑪欄 自己負担すべき額の全部又は一部について、他の制度から給付を受けられるか否か、いずれか該当する方を○で囲んでください。
「受けられる」を○で囲んだときは、その制度名を記入し、費用徴収をされたか否か、いずれか該当する方を○で囲んでください。
- ・ ⑬欄 今回申請の対象となった診療月以前1年間に3か月以上高額療養費の支給を受けている場合（下記支給要件の4「多数該当」に該当する場合）は、その直近3か月分の診療月、被保険者証の記号番号を記入してください。
また、限度額適用認定証（限度額適用・標準負担額減額認定証）の使用について「有」、「無」のいずれかを○で囲んでください。
- ・ ⑭欄 被保険者（申請者）が直接受領するときに、被保険者（申請者）の希望する振込機関名等を記入してください。ただし、被保険者（申請者）名義のものに限ります。
- ・ ⑮欄 印鑑は、はっきりと押してください。ただし、被保険者が自ら署名する場合は、被保険者の押印は不要です。
被保険者が死亡した場合は、相続人から申請することができます。この場合、申請者の住所、氏名を記入・押印し、被保険者との続柄を（ ）内に記入してください。
また、相続人であることが確認できる「戸籍謄本」等を添付してください。
住所は郵便物が確実に届くよう、正確に記入してください。（相続人から申請する場合は、申請者の住所を記入してください。）
- ・ 被保険者証の記号番号に代えて個人番号により申請する場合は、備考欄へ記載してください。
（個人番号を記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。）

高額療養費の支給要件、その他留意事項

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（柔道整復師等の施術で支払った自己負担相当額を含みます。ただし、入院時の食事負担、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
- ・医科・歯科ごと

2.

所得区分	自己負担限度額（70歳未満の方）
ア	252,600円 + (医療費 - 842,000円) × 1% 【140,100円】
イ	167,400円 + (医療費 - 558,000円) × 1% 【93,000円】
ウ	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1% 【44,400円】
エ	57,600円 【44,400円】
オ	35,400円 【24,600円】

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 (円)	世帯単位 (円)
現役	44,400円	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1% 【44,400円】
一般	12,000円	44,400円
低Ⅱ	8,000円	24,600円
低Ⅰ		15,000円

◇ 所得区分は次のとおり

- ア 標準報酬月額83万円以上の被保険者及びその被扶養者。
- イ 標準報酬月額53万～79万円の被保険者及びその被扶養者。
- ウ 標準報酬月額28万～50万円の被保険者及びその被扶養者。
- エ 標準報酬月額26万円以下の被保険者及びその被扶養者。
- オ 次のいずれかに該当する場合は。

a 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）分の市町村民税が課税されない場合、市町村民税の非課税に関する市町村民長の証明書を添付してください。

申請書の⑩欄に市町村民長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。

b 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証明を受けてください。

※ 同一年度（上記aに該当する者にあつては、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際して再度証明書等を添付する必要はありません。

現役 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～8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歳未満の被扶養者等がない場合には383万円）に満たない場合は、申請により所得区分が一般となります。

一般 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。

低Ⅱ オと同様となります。

低Ⅰ 低Ⅱに該当する方で、一定の基準を満たす場合。市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. 過去1年間に既に3か月以上の高額療養費の支給を受けている場合（他の保険者から支給を受けていた場合は、この回数には参入されません。）の4か月目以降は、上記1の区分により支払った自己負担限度額が【 】の額を超えた場合に、その超えた額が支給されます。（多数該当）

5. 一定の制度により自己負担相当額について給付を受けられる場合は、この高額療養費は支給できません。ただし、実際に費用徴収された場合で一部負担金に相当する額が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）のものについては、費用徴収の多少にかかわらず、実際に徴収された費用は上記3の世帯合算の対象となります。

◎ 高額療養費の支給額は医療機関から提出される書類により決定しますので、支払いの時期は、療養を受けた月から3か月程度後になります。

◆ 以上の内容でわからないことがありましたら、健康保険組合へおたずねください。