

健 保 使 用 欄	款 項 目			支 給 決 定 額	所 得	ア・イ・ウ・エ・オ	年 月 日取得	
	法定	3	1		20	診 療 月	令和 年 月	年 月 日喪失
	付加	3	2			回 数	一 般 ・ 多 数	年 月 日伺
		3	2			付加給付	単 独 ・ 世 帯 合 算 ( 名 )	年 月 日支払
診療点数			自己負担額	診療点数×10円				
( ) × 1・2・3 = ( ) 円			)	252,600円 + ( ) 円 - 842,000円) × 1%	140,100円			
( ) × 1・2・3 = ( ) 円				167,400円 + ( ) 円 - 558,000円) × 1%	93,000円			
( ) × 1・2・3 = ( ) 円				80,100円 + ( ) 円 - 267,000円) × 1%	44,400円			
( ) × 1・2・3 = ( ) 円				57,600円	20,000円	18,000円		
				35,400円	10,000円	15,000円		
				24,600円	14,000円	8,000円		
( ) 円 - 40,000円 × ( ) 人 = ( ) 円								
( ) 円 - 40,000円 × ( ) 人 = ( ) 円								

### 健康保険高額療養費・一部負担還元金等支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	①被保険者証の 記号・番号	(記号)	(番号)	②事業所名	
	③被保険者 (相続人) の氏名	相続人からの申請の場合は下記に被保険者名を記入ください (被保険者名: )			④被保険者の生年月日
	⑤被保険者 (相続人) の住所	〒			電話 ( )
	⑥診療月	令和 年 月			
	⑦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 S・H・R 年 月 日 (続柄)	氏名 S・H・R 年 月 日 (続柄)	氏名 S・H・R 年 月 日 (続柄)	
	⑧傷病名				
	⑨療養を受けた 医療機関等の 名称・住所	名称	住所		
	⑩上記の医療機関等で、⑥の診療 月に受けた期間、療養実日数	R 年 月 日 から 日間 R 年 月 日 まで	R 年 月 日 から 日間 R 年 月 日 まで	R 年 月 日 から 日間 R 年 月 日 まで	
	⑪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 (自己負担額)	円		円	
	⑫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) 0 : 無 1 : 有	自己負担の有無 0 : 無 1 : 有	受けられる (制度名) 0 : 無 1 : 有	自己負担の有無 0 : 無 1 : 有
	⑬入院・通院の別	1 : 入院 2 : 通院・その他	1 : 入院 2 : 通院・その他	1 : 入院 2 : 通院・その他	

\*記号・番号をご記入された方はマイナンバーの記入は不要です。また、マイナンバーで申請希望される方は③の被保険者氏名の下に12桁の数字をご記入ください

必ずご記入ください					
⑭支払希望の銀行	銀行 コード (4ケタ)	銀行 信用金庫 農協	支店 コード (3ケタ)	支店	普通・当座 (○をつけてください)
口座 番号	ゆうちょ銀行は8ケタの記入をお願いします		預金名義	カタカナで記入してください	
<input type="checkbox"/> 公金受取口座の利用を希望する場合はチェックを入れてください ※公金受取口座へのお支払いにはお時間をいただく場合があります					

※被保険者以外の口座をご希望の場合は『受取代理人の欄』にもそれぞれ記入が必要です

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。 令和 年 月 日
	住所 被保険者 氏名
	住所 代理人 氏名

⑮下記は非課税の方のみ市区町村より証明を受けてください。

(但し、先に非課税証明書を当組合にご提出いただいている方は証明を受ける必要はありません)

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

※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。

受付日付印

◎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。
- ③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、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。]
- ⑫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、市区町村名と制度名を記入してください。
- 銀行の振込先は③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(相続人)及び受取代理人それぞれ氏名、住所等を記入してください。

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)

限度額認定区分	所得区分	自己負担限度額(70歳未満の方)
ア	標準報酬月額83万円以上	252,600円+(医療費-842,000円)×1% 【140,100円】
イ	標準報酬月額53万~79万円	167,400円+(医療費-558,000円)×1% 【93,000円】
ウ	標準報酬月額28万~50万円	80,100円+(医療費-267,000円)×1% 【44,400円】
エ	標準報酬月額26万円以下	57,600円 【44,400円】
オ	低所得者(住民税非課税)	35,400円 【24,600円】
人工透析	上位	20,000円
	一般	10,000円

※医療費とは(限度額適用認定証を使用の場合を除く)自己負担額÷窓口負担割合×10をしたものになります。

※上位:標準報酬月額53万円以上

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)
Ⅲ	標準報酬月額83万円以上	252,600円+(医療費-842,000円)×1% 【140,100円】	
Ⅱ	標準報酬月額53万~79万円	167,400円+(医療費-558,000円)×1% 【93,000円】	
Ⅰ	標準報酬月額28万~50万円	80,100円+(医療費-267,000円)×1% 【44,400円】	
E	一般	18,000円 ※1 ※2	57,600円 【44,400円】
F	低所得者	8,000円	24,600円
G	(住民税非課税)		15,000円

Ⅰ~Ⅲは現役並み所得者に適用されます。

※ 70歳以上の外来療養にかかる年間の高額療養費基準日(7月31日)時点の所得区分が一般所得区分または低所得区分に該当する場合は、計算期間(前年8月1日~7月31日)のうち、一般所得区分または低所得区分であった月の外来療養の自己負担額の合計が144,000円を超えた額が払い戻されます。

※所得区分は次のとおり

オ 次のいずれかに該当する場合です。

※ 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⑬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。

また、「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書」に記入の上、市区町村の証明書と一緒に提出してください。(申請用紙は当健康保険組合のホームページよりダウンロードしてください)

8月から翌年7月までの期間内において、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。

※ 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から原本の証明をうけてください。 ]

Ⅰ~Ⅲ 現役並み所得者とは、標準報酬月額28万円以上で高齢受給者証の負担割合が3割である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。 ※ なお、①単独世帯で年収383万円、②夫婦2人世帯で年収520万円に満たない場合、申請により一般扱いとなります。

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 オと同様になります。

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(全国健康保険協会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》

◎一部負担還元金等付加給付の支給要件

一部負担還元金 家族療養費付加金 訪問看護療養費付加金	病院の窓口で支払った医療費(1カ月ごと、1件ごと。高額療養費は除く)から40,000円を控除した額(1,000円未満切り捨て)
合算高額療養費付加金	合算高額療養費が支給される場合にその自己負担額の合計額(合算高額療養費は除く)から1人につき40,000円を控除した額(1,000円未満は切り捨て)

※自治体等から医療費の免除や軽減を受けている場合は、一部負担還元金等付加給付は支給対象外となります。