



本件支給決定してよろしいか	起案年月日	年 月 日	係 員	部 課 長	事務局長	常務理事																							
	総医療費	円																											
	総自己負担額	円																											
	自己負担限度額	円	標準報酬月額 ,000																										
	支給決定額	円	算 定 基 礎																										
	資格関係	年 月 日取得	<table border="1"> <tr> <td>診療点数</td> <td>自己負担額</td> <td>診療点数×10円</td> </tr> <tr> <td>()×1.2・3=()円</td> <td>252,600円+()円</td> <td>円-842,000)×1%</td> </tr> <tr> <td>()×1.2・3=()円</td> <td>167,400円+()円</td> <td>円-558,000)×1%</td> </tr> <tr> <td>()×1.2・3=()円</td> <td>80,100円+()円</td> <td>円-267,000)×1%</td> </tr> <tr> <td>()×1.2・3=()円</td> <td>57,600円 35,400円</td> <td></td> </tr> <tr> <td>()×1.2・3=()円</td> <td>140,100円 93,000円</td> <td>44,400円 24,600円</td> </tr> <tr> <td>()×1.2・3=()円</td> <td>15,000円 12,000円</td> <td>8,000円</td> </tr> <tr> <td>()×1.2・3=()円</td> <td>20,000円 10,000円</td> <td></td> </tr> </table>				診療点数	自己負担額	診療点数×10円	()×1.2・3=()円	252,600円+()円	円-842,000)×1%	()×1.2・3=()円	167,400円+()円	円-558,000)×1%	()×1.2・3=()円	80,100円+()円	円-267,000)×1%	()×1.2・3=()円	57,600円 35,400円		()×1.2・3=()円	140,100円 93,000円	44,400円 24,600円	()×1.2・3=()円	15,000円 12,000円	8,000円	()×1.2・3=()円	20,000円 10,000円
診療点数	自己負担額	診療点数×10円																											
()×1.2・3=()円	252,600円+()円	円-842,000)×1%																											
()×1.2・3=()円	167,400円+()円	円-558,000)×1%																											
()×1.2・3=()円	80,100円+()円	円-267,000)×1%																											
()×1.2・3=()円	57,600円 35,400円																												
()×1.2・3=()円	140,100円 93,000円	44,400円 24,600円																											
()×1.2・3=()円	15,000円 12,000円	8,000円																											
()×1.2・3=()円	20,000円 10,000円																												
照 合 済	年 月 日喪失																												

平成〇〇年 4月診療分 健康保険 高額療養費支給申請書

平成〇〇年 〇月〇〇日提出

① 被保険者証の記号・番号	記号 12	番号 345	② 事業所の名称	△□信用組合	
③ 被保険者の氏名	信組 太郎 (信組印)		④ 被保険者の住居	〒540-0026 大阪市中央区〇〇町2-3-4	
⑤ 療養を受けた者の氏名	1 信組 太郎	2	3		
⑥ 療養を受けた者の生年月日	昭平 40年 4月 4日	昭平 年 月 日	昭平 年 月 日		
⑦ 被保険者との続柄	本人				
⑧ 傷病名	椎間板ヘルニア				
⑨ 療養を受けた病院・診療所等の名称及び所在地	名称	○△病院			
	所在地	大阪市中央区〇〇町1-2-3			
⑩ ⑨の病院等で療養を受けた期間	平成〇〇年 4月 1日から 30日間 同月30日まで	平成 年 月 日から 日間 同月 日まで	平成 年 月 日から 日間 同月 日まで		
⑪ ⑩の期間に受けた療養に対し病院等で支払った額	232,000円	円	円		
⑫ 他の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) <u>受けられない</u>	受けられる (制度名) (費用徴収の 有・無) 受けられない	受けられる (制度名) (費用徴収の 有・無) 受けられない		
⑬ 今回申請の診療月以前1年間に高額療養費の支給を3ヶ月以上受けた場合、その直近3ヶ月分の診療年月	1 平成 年 月 診療分	2 平成 年 月 診療分	3 平成 年 月 診療分		
委任状	私は △□信用組合 を代理人と定め、平成〇〇年 〇月〇〇日請求した高額療養費の受領方を委任します。 被保険者の 住所 大阪市中央区〇〇町2-3-4 氏名 信組 太郎 (信組印) 代理人の 住所 大阪市北区〇〇町5-6-7 氏名 △□信用組合 理事長 ○□ 良一 (印)				
⑭ 市区町村長が証明する欄	上記申請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。 市区町村町名 (印)				

しんくみ関西健康保険組合

記入するときの注意事項（添付書類を含む）

- ・申請書は、下記の支給用件に基づき、暦月ごとに作成してください。
- ・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欄 あなたの健康保険被保険者証に記載されている記号番号を記入してください。
- ・③欄 印鑑は、はっきりと押してください。ただし、被保険者(請求者)が自ら署名する場合は、被保険者(請求者)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、③欄には申請者の氏名を記入し、かっこ()をして被保険者であった者の氏名を記入してください。また、相続人であることが確認できる「戸籍簿本」等を添付してください。
- ・④欄 郵便物が確実に届くよう、「□□方」「△△アパート」等まで記入してください。(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。)
- ・⑧欄 傷病名は、わかる範囲で記入してください。
- ・⑩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。
- ・⑪欄 保険診療分として支払った金額を記入してください。入院の食事代、室料の差額、歯科の材料差額等保険診療とし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。
 ⑫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。
- ・⑬欄 自己負担すべき額の全部または一部について、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。
- ・⑭欄 今回申請の対象となった診療月以前1年間に当健康保険組合で3ヶ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ヶ月分の診療年月を記入してください。

《申請者又は受取代理人が記入するところ》・《受取代理人の欄》

- ・この給付金の受け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が氏名、住所等を記入し、押印してください。(この欄の委任者及び受取代理人の押印は省略することができません。)

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(入院時の食事代、室料の差額、歯科の材料差額等、保険診療とし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(平成27年1月診療分より高額療養費の計算方法の見直しが行われました。)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(旧の総合病院の場合は診療科ごと)
 - ・入院・外来ごと

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(外来のみ)	世帯単位(入院含む)
IV	44,400円	80,100円+(医療費-267,000円)×1% 【44,400円】
III	12,000円	44,400円
II	8,000円	24,600円
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53万円以上から79万円以下の被保険者及びその被扶養者
 - ウ 標準報酬月額28万円以上から50万円以下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。
 - ア 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長の証明書を添付してください。
 申請書の⑭欄に市町村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。)
 - 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証明を受けてください。)
- ※同一年度(上記アに該当する者については、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。
- IV 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Ⅲとなります。
 - III 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
 - II オと同様となります。
 - I 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ヶ月以上高額療養費の支給を受けている場合(当健康保険以外の健康保険から支給を受けていた場合は、この月数には算入されません。)の4ヶ月目以降は、上記1の区分により支払った自己負担額が【I】内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当該費用徴収以外のすべての自己負担額)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、支払の時期は、療養を受けた月から3ヶ月程度後になります。