

◎ この欄は何も記入しないこと
 記入するときは裏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。

支給決定額	常務理事	事務長	会計係	担当者	計算年月	記号	番号	本人(1)
					年 月			家族(2)
					科 目	支給決定額		回数
	資格照合			標準報酬	追加支給			
	年 月 日取得	年 月 日喪失	千円	支給対象月	年 月診療分			
算定基礎	所得等の種類		・ 一 般 ・ 上位所得者 ・ 非課税者等 ・ 現役並所得者					
	診療点数	負担割合	自己負担額	診療点数×10円				
	() × 1・2・3 =	()	円	-	{ 150,000円	+	(円 -500,000) × 1%	
	() × 1・2・3 =	()	円	-	{ 83,400円	+	(円 -267,000) × 1%	
	() × 1・2・3 =	()	円	-	{ 44,400円	+	(円 -361,500) × 1%	
				24,600円	15,000円	12,000円	8,000円	
(高額療養費総額)		(現物給付高額療養費)		(追加支給額)		支給決定年月日		
円		円		円		円		

健康保険 限度額適用区分変更による高額療養費 (追加)支給申請書 (平成 年 月診療分)
 多数該当・世帯合算高額療養費

① 被保険者証の記号・番号		② 事業所名称		
③ 被保険者の氏名		④ 被保険者の生年月日	大・昭・平 年 月 日	
⑤ 療養を受けた者の氏名	1	2	3	
⑥ 療養を受けた者の生年月日	昭・平 年 月 日	昭・平 年 月 日	昭・平 年 月 日	
⑦ 被保険者の続柄				
⑧ 傷病名				
⑨ 療養を受けた病院・診療所等の名称及び所在地	名称			
	所在地			
⑩ ⑨の病院等で療養を受けた期間	平成 年 月 日から 同年 月 日まで 日間	平成 年 月 日から 同年 月 日まで 日間	平成 年 月 日から 同年 月 日まで 日間	
⑪ ⑩の期間に受けた療養に対し病院等で支払った額	() 円	() 円	() 円	
⑫ 他の制度により自己負担額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) (費用の徴収の 有・無) 受けられない	受けられる (制度名) (費用の徴収の 有・無) 受けられない	受けられる (制度名) (費用の徴収の 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回以上受けた場合、その直近の診療月、被保険者証の記号番号及び支給を受けた健康保険組合名	診療月	平成 年 月診療分	平成 年 月診療分	平成 年 月診療分
	被保険者証の記号番号			
	健康保険組合名			
⑭ 上記のとおり申請します。 平成 年 月 日 被保険者の住所 大阪自転車健康保険組合理事長 殿 (申請者) 氏名 (相続人の申請の場合は被保険者名) 印				
⑮ 市区町村長が証明する欄	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ないことを証する。 平成 年 月 日 市区町村長名 印			

払渡希望金融機関名
 銀行 支店
 口座番号
 フリガナ
 名義人

委任状
 本受給金額の受領を
 住所
 氏名 印 に委任します
 平成 年 月 日
 被保険者氏名と印 印

受付年月日

この欄は何も記入しないこと
記入するときは裏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。

支給決定額	常務理事事務長会計係担当者		計算年月	記号	番号	本人(1)	
	記載例		年 月			家族(2)	
			科目	支給決定額		回数	
	資格照合	標準報酬	追加支給 高額療養費				
算定基礎	年 月 日取得	年 月 日喪失	千円	支給対象月	年 月診療分		
	所得等の種類						・ 一般 ・ 上位所得者 ・ 非課税者等 ・ 現役並所得者
	診療点数	負担割合	自己負担額	診療点数 × 10円			
	() × 1・2・3 = ()		円	{ 150,000円 + (円 -500,000) × 1% }			
() × 1・2・3 = ()		円	{ 80,100円 + (円 -267,000) × 1% }				
() × 1・2・3 = ()		円	35,400円 + (円 -361,500) × 1% }				
() × 1・2・3 = ()		円	24,600円 15,000円 12,000円 8,000円				
(高額療養費総額)		(現物給付高額療養費)	(追加支給額)	支給決定年月日			
円		円	= 円	円			

健康保険 限度額適用区分変更による高額療養費 (追加)支給申請書 (平成 00 年 00月診療分)
多数該当 ・ 世帯合算高額療養費

被保険者証の 番号	100	1250	事業所名称	㈱ 製作所		
被保険者の 氏名	健保 太郎		被保険者の 生年月日	大・昭・平 00年 00月 00日		
療養を受けた者の 氏名	1 健保 太郎	2 建保 花子	3			
療養を受けた者の 生年月日	昭・平 00年 00月 00日	昭・平 00年 00月 00日	昭・平	年	月	日
被保険者との 続柄	本人		妻			
傷病名						
療養を受けた 病院・診療所 等の名称及び 所在地	名称 × × 病院	名称 病院				
	所在地 大阪市阿倍野区王子町	所在地 堺市堺区 ×町				
の病院等で療養を 受けた期間	平成00年00月00日から 同年00月00日まで 25日間	平成00年00月00日から 同年00月00日まで 15日間	平成	年	月	日から
の期間に受けた療養に対 し病院等で支払った額	(123,650) 円	(53,520) 円	()	円		
他の制度により自己負担 額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) (費用の徴収の 有・無) 受けられない	受けられる (制度名) (費用の徴収の 有・無) 受けられない	受けられる (制度名) (費用の徴収の 有・無) 受けられない			
今回申請の診療月以前1 年間に高額療養費の支給 を3回以上受けた場合、 その直近の診療月、被保 険者証の記号番号及び支 給を受けた健康保険組合 名	診療月	平成 年 月診療分	平成 年 月診療分	平成 年 月診療分		
	被保険者証 の記号番号					
	健康保険 組合名					
上記のとおり申請します。 平成 年 月 日 被保険者の住所 堺市堺区 町1-2-3 大阪自転車健康保険組合理事長 殿 (申請者) 氏名 健保 太郎 印 (相続人の申請の場合は被保険者名)						
市区町村長が証明する欄	上記 の被保険者には、平成 年度の市区町村民税が課されないことを証する。 平成 年 月 日 市区町村長名 印					

払渡希望金融機関名	× 銀行 支店
口座番号	123216 (名義人は必ず被保険者名)
フリガナ	ケンボ タロウ
名義人	健保 太郎

委任状	受付年月日
本受給金額の受領を	
住所	
氏名	平成 年 月 日 印 に委任します
被保険者氏名と印	印

(記入上の注意)

- 申請書は、診療月ごとに作成してください。
- 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。
- 欄 印鑑は、はっきりと押してください。
【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、欄には申請者の住所・氏名を記入し、()内に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「戸籍謄本」等を添付してください。】
- 欄 病院等で支払った額のうち、保険診療分に係るものについてのみ記入し、特別室料、歯科で認められている差額徴収額等については除いてください。ただし、その額が明確でない時は病院等で支払った金額を記入し、その旨を()内に記入して下さい。なお、欄において費用徴収が「有」の場合は、当該徴収された額を欄に記入してください。
- 欄 今回申請の診療月以前の12月か以内に、高額療養費の支給を3回以上受けたことがある場合に、直近の3回分についてそれぞれ記入してください。

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 (旧総合病院の場合は各診療科ごと)
- 入院・通院ごと

2. 70歳未満の方の自己負担限度額

所得区分		自己負担限度額
A	上位所得者 (標準報酬月額53万円以上)	150,000円 + (医療費 - 500,000) × 1% 【 83,400円 】
B	一般	80,100円 + (医療費 - 267,000) × 1% 【 44,400円 】
C	低所得者 (住民税非課税)	35,400円 【 24,600円 】

70歳以上75歳未満の方(老人保健制度の対象者除く)の自己負担限度額

所得区分		自己負担限度額	
		個人単位(外来のみ)	世帯単位 (入院含む)
D	現役並み所得者	44,400円	80,100円 + (医療費 - 267,000) × 1% 【 44,000円 】
E	一般	12,000円	44,400円
F	低所得者	8,000円	24,600円
G	(住民税非課税者) 年収80万円以下		15,000円

所得区分は次のとおり

- A 標準報酬月額 53万円以上の被保険者及びその被扶養者
- B 標準報酬月額 50万円以下の被保険者及びその被扶養者
- C 次のいずれかに該当する場合です。
 - 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)分の市区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区町村長の証明書を添付してください。
 - 申請書欄に市区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の原本証明を受けてください。
- D 標準報酬月額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Eとなります。
- E 標準報酬月額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と同様となります。
- G Fに該当する方で、一定基準を満たす場合*
* 年収80万円以下等。

3. 上記の1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。)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回以上高額療養費の支給を受けている場合の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[]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全ての自己負担額)のものについては、費用の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。

老人保健法による医療を受けられる場合は、健康保険でこの給付は行いません。

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ところがありましたら、健康保険組合へおたずねください。