

健康保険 高額療養費 支給申請書
一部負担還元金

①健康保険の記号・番号	記号	②被保険者の氏名及び生年月日	(フリガナ)										
	番号		S・H	年	月	日							
③事業所の名称	TEL - -		④所得等の区分	70歳未満	ア・イ・ウ・エ・オ								
				70歳以上	Ⅲ・Ⅱ・Ⅰ・一・非								
⑤療養を受けた者の氏名、生年月日及び続柄	続柄	S・H・R	年	月	日								
	続柄		S・H・R	年	月	日							
⑥傷病名(負傷の場合はその原因)	()		()		()								
	名称												
⑦療養を受けた医療機関等の	所在地												
	入院・通院 歯科・調剤 その他の別	入院・通院・歯科・調剤 その他 ()	入院・通院・歯科・調剤 その他 ()	入院・通院・歯科・調剤 その他 ()									
⑧⑦の医療機関等で療養を受けた期間	R	年	月	日から	日間								
				日まで									
⑨⑧の期間に受けた療養に対し医療機関等に支払った額	円		円		円								
	円		円		円								
⑩他の制度(自治体の助成金制度等)により自己負担額に相当する額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 有・無)	・受けられる (制度名) (費用徴収の有無 有・無)	・受けられる (制度名) (費用徴収の有無 有・無)	・受けられない	・受けられない								
	・受けられない	・受けられない	・受けられない	・受けられない	・受けられない								
⑪今回申請の診療月以前1年間に3月以上高額療養費の支給を受けている場合は直近3月の診療月	1	年	月	2	年	月	3	年	月				
	⑫上記のとおり申請します。												
令和 年 月 日 丁													
大阪薬業健康保険組合理事長 様 被保険者の (申請者) 氏 名													
TEL - -													
⑬委任状	この申請に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。												
	被保険者(請求者)の氏名及び印			住所			代理人の会社名			氏名			
⑭振込口座	(フリガナ)	銀行コード	預金種目	・普通 ・当座 ・その他 ()									
	銀行		口座番号										
	(フリガナ)	支店コード	名義	(フリガナ)									
	支店												
⑮備考			(①の記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入)										
			<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%;"> </td> <td style="width: 25%;"> </td> <td style="width: 25%;"> </td> <td style="width: 25%;"> </td> </tr> </table>										

⑯	市区町村民税が非課税の場合、非課税の証明書(原本)を添付するか市区町村で下記の証明を受けてください	[受付印]
証明欄	上記②の被保険者には平成・令和 年度の市区町村民税が課税されていない事を証明する。	
	市区町村長名	Ⓜ

記入上の注意

- ・申請書は暦月（1日～末日）ごとに1ヶ月単位で1通作成してください。
- ・高額療養費及び一部負担還元金の支給額は医療機関から提出される診療報酬明細書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3～4ヶ月程度後になります。
- ・訂正がある場合は二重線で消してください。修正液や修正テープでの修正は認められません。
- ・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、⑫欄には申請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」等を添付していただくことがあります。
- ・給付金の受領を代理人に委任するときは、⑬欄の「被保険者（申請者）」と「代理人」の印は、それぞれ別の印を使用してください。
- ・健康保険の記号・番号に代えて個人番号（マイナンバー）により申請する場合は、⑮欄へ記載してください。

◎高額療養費の支給要件

1. 同一月内に同一の医療機関で診療を受け、入院・通院・歯科・調剤・その他等の別に保険診療分として支払った自己負担の額が下記の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。（入院時の食事代、室料差額、歯科の材料差額等保険診療とならないものは除きます）

2. 70歳未満の所得区分による自己負担限度額

所得区分		自己負担限度額	多数該当の場合
ア	標準報酬月額83万円以上の方	252,600円 + (医療費－842,000円) × 1%	140,100円
イ	標準報酬月額53万円～79万円の方	167,400円 + (医療費－558,000円) × 1%	93,000円
ウ	標準報酬月額28万円～50万円の方	80,100円 + (医療費－267,000円) × 1%	44,400円
エ	標準報酬月額26万円以下の方	57,600円	44,400円
オ	非課税者等	35,400円	24,600円

3. 上記1. による自己負担額のうち、同一月に21,000円以上のものが複数あるときは、それらの合算額が上記2. の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月以上高額療養費の支給を同一の保険者から受けている場合の4月目以降は、上記1. による自己負担額が上記2. の多数該当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. 被保険者の場合、高額療養費には該当しなくても上記1. による自己負担額が一定額（標準報酬月額83万円以上の方：80,000円、標準報酬月額53万円～79万円の方：50,000円、標準報酬月額28万円～50万円の方：30,000円、標準報酬月額26万円以下の方：20,000円、非課税者等：20,000円）を超えた場合には、一部負担還元金として請求できます。（被扶養者の場合は該当しません。また、算出した額が1,000円未満の場合は支給しておりません。）

6. 70歳以上75歳未満の高齢者の所得区分による自己負担限度額（平成30年8月1日改正）※印は多数該当分

所得区分	外来(個人ごと)	入院(世帯単位で入院と外来が複数あった場合は合算)
現役並み所得がある方 III	252,600円 + (医療費－842,000円) × 1%	※140,100円
現役並み所得がある方 II	167,400円 + (医療費－558,000円) × 1%	※ 93,000円
現役並み所得がある方 I	80,100円 + (医療費－267,000円) × 1%	※ 44,400円
一般の方	18,000円(年間上限144,000円)	57,600円 ※44,400円
住民税非課税者	8,000円	24,600円
基準所得がない者		15,000円

「現役並み所得がある方」とは、III：標準報酬月額83万円以上、II：標準報酬月額53万円～79万円、I：標準報酬月額28万円～50万円である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です。ただし、70歳以上75歳未満の被保険者及びその70歳以上75歳未満の被扶養者の前年の収入の合計が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「一般の方」になります。

7. 70歳未満の人と70歳以上75歳未満の高齢者がいる世帯の上記1. による自己負担限度額は、高齢者の自己負担額について上記6. の自己負担限度額を適用した後になお残る自己負担額について上記2. の自己負担限度額を適用します。
70歳未満の人は21,000円以上の負担額が、70歳以上75歳未満の高齢者はすべての負担額が、世帯合算の対象となります。

◎一部負担還元金の支給要件（被保険者のみ該当）

1. 同一月内に同一の医療機関で診療を受け、入院・通院・歯科・調剤・その他等の別に保険診療分として支払った自己負担の額が一定額を超えた場合に該当します。（入院時の食事代、室料差額、歯科の材料差額等保険診療とならないものは除きます）

2. 算出方法

所得区分	一部負担還元金
ア	自己負担額－高額療養費－80,000円
イ	自己負担額－高額療養費－50,000円
ウ	自己負担額－高額療養費－30,000円
エ	自己負担額－高額療養費－20,000円
オ	自己負担額－高額療養費－20,000円

算出した額が1,000円未満の場合は支給しておりません。