

健康保険高額療養費支給申請書

(第 回目) (入院 ・ 通院 ・ 世帯合算)
(平成 ・ 令和 年 月診療分)

① 被保険者証の	記号	番号	
② 被保険者の勤務する(していた)事業所の	(ア) 名称		
	(イ) 所在地		
③ 療養を受けた者の氏名	1	2	3
④ 療養を受けた者の生年月日	昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日
⑤ 被保険者との続柄			
⑥ 傷病名			
⑦ 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		
⑧ ⑦の病院等で療養を受けた期間	平・令 年 月 日から 日間	平・令 年 月 日から 日間	平・令 年 月 日から 日間
	平・令 年 月 日まで	平・令 年 月 日まで	平・令 年 月 日まで
⑨ ⑧の期間に受けた療養に対し病院等で支払った額	円	円	円
	()	()	()
⑩ 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	受けられる (制度名) (費用徴収の 有・無) 受けられない
⑪ 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	診療月	平・令 年 月診療分	平・令 年 月診療分
	被保険者証の記号番号		
⑫ 支払希望の銀行	振込先金融機関名	銀行 支店	
	預金種別 口座番号	普通 当座 No.	
	預金名義人 (請求者名義)		
⑬ うえのとおり申請します。 令和 年 月 日 TEL () 〒 被保険者の住所 フリガナ 氏名 太陽生命健康保険組合理事長 殿		(被保険者死亡の場合のみ) 〒 請求者の住所 フリガナ 氏名	
⑭ 上記⑬の者には、年度の市区町村民税が課税されないことを証する。 令和 年 月 日 市区町村長名		受付日付印	

(記入上の注意)

- 1 申請書は、診療月ごとに作成してください。
- 2 (1) ③欄～⑩欄は、70歳未満の被保険者、被扶養者に関して、同一月に医療機関別、入院・通院別に自己負担額が自己負担限度額(所得区分別)を超える自己負担がある場合または同一月に医療機関別、入院・通院別の自己負担額(⑩欄の費用徴収が「有」の場合は、自己負担相当額)が21,000円を超える自己負担が複数ある場合について記入してください。70歳以上の被保険者、被扶養者に関しては、同一月に医療機関別、入院・通院別に全ての自己負担額を記入してください。
- (2) ⑬欄の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または、療養のあった月において生活保護法による保護を受けている場合は、(1)の「自己負担限度額」とあるのは「35,400円」となります。
- 3 ⑩欄は、他の制度により医療費の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について該当する方に○印をつけ、受けられる場合は次に掲げる制度のうち該当するものの記号(「その他」の場合は具体的制度名)を記入してください。また、自己負担相当額の一部について費用を徴収されたか否かについて該当する方に○印をつけてください。
 ア.「原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律」による一般疾病医療費の支給 イ.「児童福祉法」による育成医療の給付等 ウ.「予防接種法」による医療費の支給 エ.「身体障害者福祉法」による更生医療に要する費用の支給 オ.「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」による医療の給付 カ.「結核予防法」による医療の給付等 キ.「麻薬及び向精神薬取締法」による医療の給付 ク.「母子保健法」による養育医療の給付等 ケ.「医薬品副作用被害救済・研究振興調査機構法」による医療費の支給 コ.「沖縄の復帰に伴う厚生省関係法令の適用の特別措置等に関する政令」による医療費の支給 サ.「知的障害者福祉法」による入所措置等に係る医療の給付 シ.「進行性筋萎縮症者療養等給付事業」による療養の給付 ス.「特定疾患治療研究事業」による医療の給付 セ.「小児慢性特定疾患治療研究事業」による医療の給付 ソ.「毒ガス障害者救済対策事業」による医療費の支給 タ.「公害医療研究費の国庫補助」による治療費の支給 チ.「先天性血液凝固因子障害等治療研究事業」による医療の給付 ツ.「水俣病総合対策費の国庫補助」による療養費の支給 テ.その他
- 4 ⑨欄は、病院等で支払った額のうち、保険診療分に係るものを記入し、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ときは病院等で支払った金額を記入し、その旨を()内に記入してください。なお、⑩欄において費用徴収が「有」の場合は、当該徴収された費用の額を⑨欄に記入してください。
- 5 ⑪欄は、今回申請の治療月以前の12月以内に、高額療養費の支給を3カ月以上受けたことがある場合に、直近の3カ月分についてそれぞれ記入してください。

(その他の注意)

- 1 市区町村民税非課税または生活保護の場合、この申請書には、次のいずれかの証明書を添付してください。ただし、この申請書の下欄に証明された場合は、(1)の証明書の添付は必要ありません。
 (1) 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方にあつては、市区町村長の課税に関する証明書
 (2) 療養のあった月において生活保護法による保護を受けている方にあつては、事業主、民生委員または福祉事務所長が原本証明した保護開始決定通知書、保護変更決定通知書又は保護廃止決定通知書の写
- 2 同一年度(上記1の(1)に該当する方にあつては、8月から翌年7月までの間)内において、既に上記1の証明書等を提出している場合は、同一年度内の療養に係る支給申請に際して上記1の証明書を添付する必要はありません。
- 3 療養費払に係る高額療養費の支給申請は、その療養費の支給申請と併せて行ってください。
- 4 自己負担額には、柔道整復師、あんま、はり、きゅう等の施術で支払った自己負担相当額も該当します。
- 5 ⑩欄の費用徴収が「有」の場合は、当該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。
- 6 ⑩欄の費用徴収の額と、当該療養のあった月と同一の月に医療機関別、入院・通院別の自己負担額が21,000円以上(70歳以上の方については当該費用徴収以外の全ての自己負担額)のものとの合算額が自己負担限度額(所得区分別)を超えていなければ高額療養費は支給されません。
 (注)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。
- 7 一定の制度により自己負担相当額の支給を受けられる場合は、この高額療養費は支給されません。

【自己負担限度額】

<70歳未満の人>

所得区分	月単位の上限額
標準報酬月額 83万円以上	252,600円+(医療費-842,000円)×1% <140,100円>
標準報酬月額 53万円以上83万円未 満	167,400円+(医療費-558,000円)×1% <93,000円>
標準報酬月額 28万円以上53万円未 満	80,100円+(医療費-267,000円)×1% <44,400円>
標準報酬月額 28万円未満	57,600円 <44,400円>
低所得者 (住民税非課税世帯)	35,400円 <24,600円>

<>内の額は4回目以降の限度額。

<70～74歳の人>

所得区分		月単位の上限額	
		外来 (個人ごと)	外来+入院(世帯ごと)
現役並み 所得者	標準報酬月額 83万円以上	252,600円+(医療費-842,000円)×1% <140,100円>	
	標準報酬月額 53万以上83万円未 満	167,400円+(医療費-558,000円)×1% <93,000円>	
	標準報酬月額 28万以上53万円未 満	80,100円+(医療費-267,000円)×1% <44,400円>	
一般	標準報酬月額 28万円未満	18,000円 (年間上限 14.4万円)	57,600円 <44,400円>
低所得者(住 民税非課税)	II	8000円	24,600円
	I (年金収入80万円以下等)		15,000円