

届書コード
3 0 2

健康保険

被保険者
被扶養者
世帯合算

高額療養費支給申請書(第 回目)(入院・通院)

◎記入の方法は裏面に書いてありますからよく読んでください。
※「※」印欄は記入しないでください。

被保険者証の記号・番号			④ 生 年 月 日			⑤被扶養者番号			⑥給付記録番号			⑦受取代理人			⑧手計算			⑨受付年月日		
①	②	③	1:明	年	月	日	*	*	*	0:無	0:無	送	*	年	月	日				
*			2:大							1:有	1:有	信								
⑩被保険者の(申請者)氏名と印			(フリガナ)			事業所の⑦名称			⑧所在地											
⑫被保険者の(申請者)住所			⑪郵便番号			(フリガナ)			(電話番号)											
			⑫住所コード						()											
⑬診療月			年 月			◎70歳以上の方で過去1年間のうちに次に掲げる事項に該当された方は、番号に○をつけてください。														
						1 「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証」を所持された方														
						2 一部負担金の割合について、「健康保険高齢受給者基準収入額適用申請書」を提出された方														
⑭単独・合算の別			*0:単独 1:合算			⑮多数該当の有無			*0:無 1:有			⑯所得等の種類			*0:一般 1:非課税、II 2:生活保護、I 3:上位所得者 4:一定以上所得者					
⑰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			⑱扶番 氏名			⑲扶番 氏名			⑳扶番 氏名											
			生年月日 年 月 日(続柄)			生年月日 年 月 日(続柄)			生年月日 年 月 日(続柄)											
傷病コード			㉑			㉒			㉓											
傷病名			フリガナ			フリガナ			フリガナ											
㉔療養を受けた病院等の名称および所在地			名称			名称			名称											
			所在地			所在地			所在地											
㉕㉔の病院等で療養を受けた期間			年 月 日から (日間) 同 月 日まで			年 月 日から (日間) 同 月 日まで			年 月 日から (日間) 同 月 日まで											
㉖㉕の期間に受けた療養に対し病院等で支払った額(自己負担額)			円 ()			円 ()			円 ()											
			㉗			㉘			㉙											
㉚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) / 受けられない			⑳費用徴収の有無 0:無 1:有			受けられる(制度名) / 受けられない			㉑費用徴収の有無 0:無 1:有			受けられる(制度名) / 受けられない			㉒費用徴収の有無 0:無 1:有		
診療合計点数			㉓			㉔			㉕											
薬剤一部負担額			㉖			㉗			㉘											
入院・通院の別			㉙ 1:入院 2:その他			㉚ 1:入院 2:その他			㉛ 1:入院 2:その他											
㉜			診療点数×10円			自己負担額			診療点数×10円											
算定基礎			$\left(\begin{array}{l} \text{円} \times \frac{1}{10} \times \frac{2}{3} = (\text{円}) \\ \text{円} \times \frac{1}{10} \times \frac{2}{3} = (\text{円}) \\ \text{円} \times \frac{1}{10} \times \frac{2}{3} = (\text{円}) \end{array} \right) - \left\{ \begin{array}{l} 139,800\text{円} + (\text{円} - 466,000) \times 1\% \\ 77,700\text{円} \\ 72,300\text{円} + (\text{円} - 241,000) \times 1\% \\ 40,200\text{円} \\ 24,600\text{円} \\ 12,000\text{円} \\ 8,000\text{円} \end{array} \right.$																	
㉝ 支給算出額(円)			㉞ 海外表示			㉟ 第三者行為			㊱ 調整減額コード			㊲ 調査先コード			㊳ 特別支給コード					
			0:国内 1:海外			0:無 1:有														

㉜ 市区町村長が証明する欄
市区町村長名

㉞の者には平成 年度の市区町村民税が課されないことを証明する。
市区町村長名

平成 年 月 日提出
受付日付印

今回申請の⑬診療月に療養を受けた方が7件以上の場合、別紙に記入して下さい。

被 保 者 が 記 入 す こ ろ	⑬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	扶番 *	氏名	扶番 *	氏名	扶番 *	氏名
	傷病コード		生年月日 年 月 日 (続柄)		生年月日 年 月 日 (続柄)		生年月日 年 月 日 (続柄)
	⑭フリガナ						
	傷病名						
	⑮療養を受けた病院等の名称および所在地	名称					
		所在地					
	⑯⑰の病院等で療養を受けた期間	年 月 日から 同 月 日まで (日間)		年 月 日から 同 月 日まで (日間)		年 月 日から 同 月 日まで (日間)	
	⑱の期間に受けた療養に対し病院等で支払った額 (自己負担額)	円 ()		円 ()		円 ()	
	⑲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) 受けられない	費用徴収の有無 0 : 無 1 : 有	受けられる (制度名) 受けられない	費用徴収の有無 0 : 無 1 : 有	受けられる (制度名) 受けられない	費用徴収の有無 0 : 無 1 : 有
	診療合計点数	点		点		点	
	入院・通院の別	1 : 入院 2 : その他		1 : 入院 2 : その他		1 : 入院 2 : その他	

今回申請の診療月以前1年間に高額療養費の支給を3月以上受けた場合、その直近の診療月、被保険者証の記号番号および支給を受けた社会保険事務所名	⑳診療月	1 平成 年 月 診療分	2 平成 年 月 診療分	3 平成 年 月 診療分
	㉑被保険者証の記号番号			
	㉒社会保険事務所名			

支払金融機関の欄	㉓支払区分	* 1. 振込 2. 銀行送金 3. 郵便局送金 4. 当地払	㉔預金種目	1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別	㉕	銀行 金庫 農協	本店 支店
	㉖金融機関コード				口座名義		
	㉗口座番号						郵便局

受取代理人の欄	㉘ 本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 平成 年 月 日							
	被保険者 住所 (請求者) 氏名							
	㉙代理人の氏名と印	(フリガナ)						㉚
	㉛代理人の住所	㉜郵便番号		(フリガナ)				送信
	㉝住所コード	*						

社会保険労務士 提出代行者の印	
--------------------	--

(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) ㊤欄～㊦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72,300円(標準報酬月額が56万円以上の場合は139,800円)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(㊦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) ㊩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「72,300円」とあるのは「35,400円」となります。
- 3 ㊧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」による更正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 ㊨欄は、病院等で支払った額のうち、保険診療分に係るもの及び薬剤一部負担額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、㊦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㊨欄に記入してください。
- 5 ㊫㊬㊭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月以上受けたことがある場合に、直近の3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月療養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 ㊦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 ㊦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72,300円(上記1に該当する場合は35,400円、標準報酬月額が56万円以上の場合は139,800円、また、70歳以上の方については40,200円、上記1に該当する場合は24,600円、一定以上所得者の場合は72,300円、ただし上記1に該当する70歳以上の方で、一定の基準*を満たす場合は15,000円)を超えていなければ高額療養費は支給されません。

※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。
- 8 被保険者が自ら署名する場合には、被保険者の押印は不要です。なお、被保険者以外の方の押印を省略することはできません。