

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

※申請書は診療月ごとに1枚作成してください。支給決定まで、診療月後3ヵ月以上かかります。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の記号・番号	② 生年月日		③ 被保険者 (申請者) 氏名	(フリガナ)	
	—	昭和 平成 令和	年 月 日			
	事業所	名称				
		所在地				
	④ 被保険者の住所	〒				
	⑤ 70歳以上の方で過去1年間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を受けている方 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により変更となっている方					
	⑥ 診療月(ひと月単位)	⑦ 単独・合算の別	⑧ 多数該当の有無		⑨ 所得等の種類(健保記入欄)	
	令和 年 月 診療分	単 独 ・ 合 算	有 り ・ 無 し		ア・イ・ウ・エ・オ	
	⑩ 療養を受けた方の 氏名生年月日及び 被保険者との続柄	氏名 (続柄 ) 生年月日 年 月 日	氏名 (続柄 ) 生年月日 年 月 日	氏名 (続柄 ) 生年月日 年 月 日		
	⑪ 傷 病 名	※ケガの時は『負傷原因届』を添付		※ケガの時は『負傷原因届』を添付		※ケガの時は『負傷原因届』を添付
	⑫ 療養を受 けた医療機関 等の名称及び 所在地	名 称				
		所 在 地				
	⑬ ⑫の医療機関等で療 養を受けた期間	年 月 日から 年 月 日まで ( )日間	年 月 日から 年 月 日まで ( )日間	年 月 日から 年 月 日まで ( )日間		
	⑭ 保険診療分で支払っ た自己負担額	円	円	円		
	⑮ 他の公的制度から、 医療費の助成を受けら れるかどうか	・受けられる 窓口負担(有・無) (制度名 ) ・受けられない	・受けられる 窓口負担(有・無) (制度名 ) ・受けられない	・受けられる 窓口負担(有・無) (制度名 ) ・受けられない	・受けられる 窓口負担(有・無) (制度名 ) ・受けられない	
	⑯ 種類の別	入院・外来・調剤		入院・外来・調剤		入院・外来・調剤
⑰ 限度額適用認定証 (限度額用・標準負担額 減額認定証)使用の有無	有・無		有・無		有・無	

委 任 欄	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の者に委任します。 令和 年 月 日	
	住所 被保険者 氏名	
	委任された者	事業所所在地 事業所名称 事業主氏名

令和 年 月 日 提出

健保受付日付印

※被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄にマイナンバーを記載してください。

被保険者証の記号番号を記載された場合は不要です。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄
-----

## （記入上の注意）

- 申請書は、診療月ごとに作成してください。
- ⑩欄～⑰欄は、同一月に医療機関別、入院・外来・調剤・歯科別に自己負担額が（表A・B）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・外来・調剤・歯科別の自己負担額（⑮欄の窓口負担が「有」の場合）が70歳未満の場合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。

**表A<70歳未満>**

適用区分	所得区分	自己負担限度額	多数該当
ア	標準報酬月額 83 万円以上の方	252,600 円+(総医療費-842,000 円)×1%	140,100 円
イ	標準報酬月額 53 万～79 万円の方	167,400 円+(総医療費-558,000 円)×1%	93,000 円
ウ	標準報酬月額 28 万～50 万円の方	80,100 円+(総医療費-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	低所得者（市区町村民税の非課税者等）（※1）	35,400 円	24,600 円

**表B<70歳以上75歳未満>**

所得区分		自己負担限度額	
		外来（個人ごと）	外来・入院（世帯）
①現役並み所得者	Ⅲ 標準報酬月額 83 万円以上	252,600 円+(総医療費-842,000 円)×1% [多数該当：140,100 円]	
	Ⅱ 標準報酬月額 53～79 万円	167,400 円+(総医療費-558,000 円)×1% [多数該当：93,000 円]	
	Ⅰ 標準報酬月額 28～50 万円	80,100 円+(総医療費-267,000 円)×1% [多数該当：44,400 円]	
②一般所得者（①および③以外の方）		18,000 円(※4)	57,600 円 [多数該当：44,400 円]
③低所得者	Ⅱ (※2)	8,000 円	24,600 円
	Ⅰ (※3)		15,000 円

(※1)と(※2)被保険者が市区町村民税の非課税者等である場合です。

(※3)被保険者と被扶養者の所得が一定の基準に満たない（収入から必要経費・控除額を除いた後の所得がない）場合です。

(注)現役並み所得者に該当する場合は、市区町村民税が非課税等であっても現役並み所得者となります。

(※4)7月31日時点で②の一般所得区分該当者は、外来の年間負担上限額が144,000円となります。計算期間は毎年8月1日～7月31日となります

- ⑮欄は、他の制度により医療費の自己負担相当額又はその一部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。
- ⑭欄は、医療機関等の窓口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。なお、⑮欄において窓口負担が「有」の場合は、当該徴収された費用の額を⑭欄に記入してください。

\*「市区町村民税が非課税」となっている方について、受診された月の属する年度（4月から7月診療分については前年度）が、非課税となっている場合は、下欄に市区町村長の証明を受けるか、「(非)課税証明書」の原本を添付してください。なお、同一年度（8月から翌年7月までの間）内で、すでに証明を受けた方（非課税証明書を提出済みの方）については、同一年度内の受診に係る申請に際しては、改めて証明を受ける（提出する）必要はありません。

市区町村長が証明する欄	上記被保険者（申請者） _____ には、 _____ 年度市町村民税が課税 されていないことを証明します。  市区町村長名 <span style="float: right;">㊟</span>
-------------	--