

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）

被 保 険 者 が 記 入 す こ ろ	① 被保険者 記号・番号	記号					番号								② 被保険者の 生年月日	昭 和 平 成	年	月	日							
	③ 被保険者 (申請者)の 氏名と印	(フリガナ)											④ 勤 務 先 (配属先) 事業所の	名 称												
														所在地												
	⑤ 被保険者 (申請者) の 住 所	郵便番号						(フリガナ)																		
							—						都 道 府 県	電話番号 (— —)												
	⑥ 診 療 月	令和						年				月	⑦ 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、番号を○で囲んでください。 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													
	療 養 を 受 け た 方 の	⑧ 氏 名	(フリガナ)						(フリガナ)						(フリガナ)											
		⑨ 生年月日	昭 和 平 成 令 和						年 月 日						昭 和 平 成 令 和						年 月 日					
		⑩ 被保険者との 続柄																								
	⑪ 傷 病 名																									
⑫ 療養を受けた 病院等の名称 及び所在地	名 称																									
	所在地																									
⑬ ⑫の病院等で療養を 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 ⑬の期間の療養に 対する自己負担額	円						円						円													
⑮ 他の公的制度により 自己負担相当額、又は 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 有・無) (徴収費用の額 円)		・受けられない		・受けられる (制度名 (費用徴収の有無 有・無) (徴収費用の額 円)		・受けられない		・受けられる (制度名 (費用徴収の有無 有・無) (徴収費用の額 円)		・受けられない															
⑯ 入院・その他の別	入 院 ・ その他						入 院 ・ その他						入 院 ・ その他													
⑰ 今回申請の診療月 以前1年間に当健 保組合から3回以 上の高額療養費の 支給を受けた場合、 その直近3回分の 診療月	1	年 月診療分						2	年 月診療分						3	年 月診療分										
	診療月	限度額適用認定証 (限度額適用・標準 負担額減額認定証) 使用の有無						有・無		限度額適用認定証 (限度額適用・標準 負担額減額認定証) 使用の有無						有・無		限度額適用認定証 (限度額適用・標準 負担額減額認定証) 使用の有無						有・無		

⑱ 市区町村長が 証明する欄	当該被保険者は、令和 年度の市区町村民税が課されないことを証明する。 令和 年 月 日 市 区 町 村 長 名
-------------------	---

※ 4月から7月診療分については、前年度の課税に関する証明を、8月から翌年3月診療分については、当年度の課税に関する証明を受けてください。

⑲ 振込希望口座	預金種別	1. 普通 2. 当座	銀行・金庫・信組										本店 支店
	口座番号											口座名義	(フリガナ)

※ 給付金に関する受領を代理人に委任する場合は、裏面の「②受取代理人の欄」に記入してください。

⑫ 受取代理人の欄	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。		令和 年 月 日		
	被保険者 (申請者)	住所 氏名	(印)		
	代理人の 氏名と印	(印)	委任者と代理人 との関係		
	代理人の 住所等	〒 -			

【記入上の注意】

- 申請書は、診療月ごとに作成してください。
- 高額療養費の自己負担限度額を超える方で、⑧～⑩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21,000円を超える自己負担が複数ある場合には、それぞれ記入してください。
 - 70歳以上の被保険者、被扶養者に関しては、同一月の医療機関別、入院・通院別に全ての自己負担額を記入してください。
- 申請に当たっては、上記2のそれぞれの **自己負担額を証明する領収書等の写しを添付**してください。
- ⑪欄は、他の公的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、「受けられる」「受けられない」のいずれかを○で囲み、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徴収されたか否かについて、「有」「無」いずれかを○で囲んでください。費用徴収「有」の場合は、徴収費用の額を記入してください。
 - 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.「障害者自立支援法」による自立支援医療の給付
 - 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.「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」による医療の給付
 - 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.「独立行政法人医薬品医療機器総合機構法」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.「身体障害者福祉法」の指定医療機関における医療の給付
 - シ.「特定疾患治療研究事業」による医療の支給
 - ス.「毒ガス障害者救済対策事業」による医療費の支給
 - セ.「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
 - ソ.「水俣病総合対策費の国庫補助」による療養費の支給
 - タ.「石綿による健康被害の救済に関する法律」の医療費の支給
 - チ. その他
- 上記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。
- ⑫欄は、今回申請の診療月以前の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】

- この申請書には、市区町村民税が非課税または生活保護の場合、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⑫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。
 - 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
 - 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、「保護開始決定通知書」若しくは「保護変更決定通知書」または、これらの写しに事業主、民生委員、福祉事務所長のいずれかの原本証明を受けたもの
- 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の証明書等を提出されている場合は、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。
- 低所得者の適用を受けることにより、生活保護を必要としない方は、「限度額適用・標準負担額認定該当」と記載された「保護申請却下通知書」若しくは「保護廃止決定通知書」または、これらの写しに事業主、民生委員、福祉事務所長のいずれかの原本証明を受けたものを添付してください。
- 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。