

〈高額療養費〉

被保険者・被扶養者が、同一の医療機関別、入院・通院別にかかった医療費の保険診療分の窓口負担額が高額になり、下表の自己負担限度額を超えた場合は、超えた分が申請により、高額療養費として支給されます。

〈合算高額療養費〉

21,000円を超える窓口負担額が複数あるときは、合算した額が自己負担限度額を超えた場合は、超えた分が合算高額療養費として支給されます。

〈多数該当〉

同一世帯で、診療を受けた月以前の12カ月間にすでに3カ月以上高額療養費が支給されている場合は、自己負担限度額が4カ月目から軽減され、その限度額を超えた分が高額療養費として支給されます。

【70歳未満】

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

【70歳以上75歳未満】自己負担限度額

平成30年8月診療分~

所得区分(標準報酬月額)		個人単位(外来)	世帯単位(外来・入院を合計)
現役並み所得者Ⅲ (83万円以上)		252,600円+(総医療費-842,000円)×1% 多数該当:140,100円	
現役並み所得者Ⅱ (53万円以上~79万円以下)		167,400円+(総医療費-558,000円)×1% 多数該当:93,000円	
現役並み所得者Ⅰ (28万円以上~50万円以下)		80,100円+(総医療費-267,000円)×1% 多数該当:44,000円	
一般所得者 (26万円以下)		18,000円 (14,4万円/年)	57,600円 多数該当:44,400円
低所得者(*)	(Ⅱ)	8,000円	24,600円
	(Ⅰ)		15,000円

(\*)低所得者とは、被保険者が市区町村民税非課税の場合

〈記入上の注意〉

- 申請書は、診療月ごとに作成してください。
- ③~⑥欄は、同一月の医療機関別、入院・通院別、医科・歯科別の保険診療分にかかるもので、**70歳未満の被保険者・被扶養者の場合は**、自己負担限度額を超えたものを、21,000円を超える窓口負担額が複数あり、その合計が自己負担限度額を超えた場合は該当のものすべてを記入してください。**70歳以上の被保険者・被扶養者の場合は**、同一月に診療を受けた窓口負担額の合計が自己負担限度額を超えた場合はすべてを、記入してください。低所得者については、被保険者が今回申請される診療月の属する年度(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非課税の場合、申請書の表面⑩欄に証明を受けるか、または、該当年度の非課税証明書の添付が必要となります。同一年度内の申請については1回の提出のみで結構です。
- ⑦欄は、医療機関等で支払った額のうち、保険診療分で支払った窓口負担額について記入してください。入院時食事療養標準負担額、差額ベッド代など保険診療とならないものは除いてください。
- ⑧欄は国や地方自治体等の制度により医療費の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。費用徴収が「有」の場合は、領収書(写)等の添付が必要になります。  
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給付、イ.「児童福祉法」による療育医療の給付等、  
ウ.予防接種法による医療費の給付、エ.「障害者総合支援法」による更正医療の給付等、  
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.「麻薬及び向精神薬取締法」による医療の給付、  
キ.「感染症の予防及び感染症の患者に関する法律」による医療の給付等、ク.「母子保健法」による養育医療の給付、  
ケ.「特定疾患治療研究事業」「先天性血液凝固因子障害等治療研究事業」等の治療研究費による医療の給付、  
コ.「難病の患者に対する医療等に関する法律」による医療の給付、サ.「肝炎治療特別促進事業」による医療の給付、  
シ.「生活保護法による医療扶助」による医療の給付、ス.その他
- ⑨欄は、今回申請の診療月以前の12ヶ月以内に、高額療養費の支給を3回以上受けたことがある場合には、「受けた」に○印を付けてください。

(その他の注意)

- ◆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・民生委員又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しを添付してください。
- ◆療養費払い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。
- ◆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。
- ◆一定の制限により自己負担相当額の支給をうけられる場合は、この高額療養費は支給されません。

※この申請にかかる支給は、医療機関等からの診療報酬明細書(レセプト)に基づいて決定しますので、診療月より3~4ヶ月以降となります。

## 健康保険高額療養費・付加金等支給申請書

## 記入例

保険証をみながらご記入下さい。

診療月 平・令 31 年 4 月分

① 被保険者証の	記号	999	番号	12345
② 事業所名	診療月を記入して下さい。(※月ごと)			
療養を受けた方の氏名	1 氏名	健保 花子	2 氏名	3 氏名
③ 生年月日 続柄	昭 平 令	25年 5月 10日 長女	昭 平 令	年 月 日 続柄
④ 傷病名または診療科	小児科			
⑤療養を受けた 病院・診療所等の	名称	〇×病院		
	所在地	新宿区西新宿×-×-×		
⑥ ⑤の病院・診療所等で 療養を受けた期間	H31年4月22日から	入院	年 月 日から	入院
	H31年4月29日まで	通院	年 月 日まで	通院
⑦ ⑥の期間に受けた 療養に対し病院・ 診療所等で支払った額	150,000	円	医療機関の窓口で支払った金額(健康保険適用分のみ)をご記入下さい。(※不明な場合は未記入のままをお願いします。)	円
⑧ 他の制度により 自己負担相当額または その一部の支給を 受けられますか	受けられる (制度名 (費用徴収 有 無 ) 受けられない	受けられる (制度名 (費用徴収 有 無 ) 受けられない	都道府県等から医療費の助成が 受けられる場合はご記入下さい。	受けられる (制度名 (費用徴収 有 無 ) 受けられない
⑨ 今回申請の診療月以前12ヶ月間に高額療養費の 支給を3回以上受けたことがありますか	ある	ない	⑩ ⑩欄の者には、平・令 ことを証明する 令和 年 月 日 市区町村長名	年度の市区町村民税が課税されない 被保険者の方が非課税者の場合のみ 該当します。

※この押印は、省略できません。

⑪ 被 保 険 者 ・ 請 求 者	上記のとおり申請します。				令和 元 年 5 月 30 日
	被保険者 (請求者)	住所	〒 123 - 4567 東京都〇〇区〇〇町1-2-3		
		氏名	健保 太郎		
		電話番号	03 - ×××× - ××××		
		(平日昼間の連絡先)	090 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇		
⑫ 振 込 口 座	銀行名	〇〇	銀行・信金 信組・農協	××	本店・支店 出張所
	フリガナ 口座名義	ケンポ タロウ	請求者の振込先口座を ご記入下さい。	普通	支店番号
				当座	789
					口座番号 101112

被保険者(請求者)以外の方が受け取る場合には下記

委 任 状	被保険者 (請求者)	本請求に基づく給付金の受領方を下記代理人に委任します。 令和 年 月 日 住所 〒 氏名
	受領代理人	住所 〒 氏名 委任者と 代理人との関係 電話番号

受付日付印

## 備考欄(注)

(注)被保険者証の記号番号に代えて個人番号により申請する場合は、備考欄へ記載してください。

個人番号を記載した場合は、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。