

(記入例)

- ・申請書は診療月ごとに作成ください
(部分には必ずご記入願います)
- ・領収書(写)の添付が必要です

・ケガ(骨折、靭帯損傷、やけど等)の治療を受けられた場合は「負傷原因報告書」を併せてご提出ください

※ 支 給 支 払 決 議 書		理事長	常務理事	担当者	担当者
受付年月日	年 月 日				
伺年月日	年 月 日				
決議年月日	年 月 日				
支払年月日	年 月 日				
支払額	円				
支払内訳	本人高額療養費	円	一部負担還元金	円	
	合算高額療養費	円	合算高額療養付加金	円	
	家族高額療養費	円	家族療養付加金	円	
		資格取得年月日	年 月 日		
		資格喪失年月日	年 月 日		

本人 家族 合算 高額療養費・合算高額療養付加金 支給申請書(第 回目)(入院・通院) (17年4月診療分)

① 被保険者証記号・番号	11-100	② 事業所の名称	○○○○○
③ 被保険者の氏名	健保 一郎	④ 被保険者の生年月日	明・大(昭)平 40年5月5日
⑤ 療養を受けた者の氏名	1. 健保 一郎	2.	3.
⑥ 療養を受けた者の生年月日	昭和40年5月5日	年 月 日	年 月 日
⑦ 被保険者との続柄	本人		
⑧ 傷 病 名	肺炎		
⑨ 療養を受けた病院 診療所等の名称及び 所在地	名称 △△病院 電話 () 所在地 〒 ××××-××××	電話 ()	電話 ()
⑩ ⑨の病院等で療養を受けた 期間	17年4月1日から 年 月 日まで	年 月 日から 年 月 日まで	年 月 日から 年 月 日まで
⑪ ⑩の期間に受けた療養に対 し病院等で支払った額	(100,000) 円	() 円	() 円
⑫ 他の制度により自己負担 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) 受けられない 有・無	裏面をご確認ください	受けられる (制度名) (費用徴収の) 受けられない 有・無
診 療 合 計 点 数	⑬	⑭	⑮
薬 剤 一 部 負 担 額	⑯ 円	⑰ 円	⑱ 円
入 院 ・ 通 院 の 別	⑲ ①:入院 2:その他	⑳ 1:入院 2:その他	㉑ 1:入院 2:その他
㉒ 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・番号及び支給を受けた 健康保険組合名	診 療 月 1 年 月 診療分	2 年 月 診療分	3 年 月 診療分
⑲ 振込希望の銀行又は郵便局名	○ ○ 銀行 △ △ 支店(普通 1234567) 口座名義(カナ) ケンボイチロウ		
上記のとおり申請します。			
17年5月1日		被保険者の住所 氏名	〒 820-0003 飯塚市立岩12-34 健保 一郎
麻生健康保険組合理事長 殿			

㉓ 委任状	私は 年 月 日 年 月 日 を代理人と定め、次の権限を委任する。 日請求した高額療養費、一部負担還元金、合算高額療養付加金、家族療養付加金のうち 円也の受領に関する事。 被保険者の住所 〒 氏名 代理人の住所 〒 氏名
㉔ 振込希望の銀行又は郵便局名	銀行 支店(普通) 口座名義
㉕ 市区町村長が証明する欄	上記の㉓には 年度の市(区)町村長役が課されないことを証明する。 年 月 日 市区町村長名

(注) 記入に際しては裏面の「記入上の注意」をお読み下さい。

(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)①欄～①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(②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額が複数以上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、入院別に全ての自己負担を記入してください。
 - (2)③欄の被保険者が療養のあった月の属する年度(4月から6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、療養のあった月の属する年度において生活保護法の要保護者である場合は、(1)の「72,300円」とあるのは「35,400円」となります。
 - 3 ②欄は、他の制度により医療費の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、自己負担額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. 「医療品副作用被害者救済・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」による医療費の給付
 - 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
- 「テ、その他」には以下を含みます

 1. 日本スポーツ振興センターに災害給付金を申請する場合(学校の管理下で発生した病気やケガ)
 2. 1以外でも学校の保険で治療費が補助される場合
 3. ども医療費助成等医療の給付
- 4 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自己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、⑤欄において費用徴収が「有」の場合は、該当徴収された費用の額を記入してください。
- 5 ⑥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は、直近の三回分についてそれぞれ記入してください。
- 6 ⑦欄は、被保険者(本人)は直接受領するときに、被保険者の希望する振込機関名を記入してください。
- 7 ⑧欄は、委任により代理受領するときに、代理人の希望する振込機関名を記入してください。
- 8 ※欄は記入しないでください。

(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、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⑨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6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ていない者にあつては、市区町村長の課税に関する証明書
 - (2)療養のあった月の属する年度において生活保護法の要保護者である者にあつては、事業主、民生委員会または福祉事業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または保護廃止決定通知書の写
- 2 同一年度(上記1の(1)に該当する者にあつては、7月から翌月6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、同一年度内の療養費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 ②欄の費用徴収が「有」の場合は、該当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。
- 5 ②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に該当することで、最低所得Ⅱと認定された場合は24,600円。一定以上所得者の場合は72,300円。ただし、上記に該当する70歳以上の方で、一定の基準を満たすことで最低所得Ⅰと認められた場合は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。
- 6 一定の制度により自己負担額相当額の支給を受けられる場合は、この高額療養費・付加給付金は支給されません。
※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。