

健康保険 高額療養費(被保険者・被扶養者・世帯合算)支給申請書

(※)記載について、裏面の注意事項を読み、診療月ごとに申請書を作成してください。

被 保 険 者 が 記 載 す る こ ろ	① 被保険者等 記号・番号	記号	番号	記号・番号がわからない場合はマイナンバーを記載してください。 - -		
	② 被保険者 (申請者) の氏名	(フリガナ)		③ 生年月日	昭和 平成	年 月 日
	④ 被保険者 (申請者) の住所	〒 _____ TEL: ()				
	⑤ 事業所名					
	⑥ 診療月	令和 年 月				
	⑦ 療養を受けた者の氏名	1	2	3		
	⑧ 生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日		
	⑨ 傷病名					
	⑩ 療養を受けた 医療機関等の 名称 所在地					
	⑪ 入院・通院等の別	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院・その他	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院・その他	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院・その他		
	⑫ 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		
	⑬ 支払った額のうち保険診療分の自己負担額 (自己負担額が不明の場合は支払った総額)	円 (円)	円 (円)	円 (円)		
	⑭ 他の公的制度より医療費の助成を受けていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
	【はい】 の場合	制度名 自己負担額の助成内容	<input type="checkbox"/> 全額免除 <input type="checkbox"/> 一部自己負担有り	<input type="checkbox"/> 全額免除 <input type="checkbox"/> 一部自己負担有り	<input type="checkbox"/> 全額免除 <input type="checkbox"/> 一部自己負担有り	

東京都金属プレス工業健康保険組合

⑮ 市区町村長が証明する欄	上記被保険者は 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 (印)
---------------	--

委 任 状	私は下記のを代理人と定め、高額療養費の受領を委任します。 令和 年 月 日			
	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">本人 住所 氏名 (印)</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td>代理人 住所 氏名 (印)</td> <td></td> </tr> </table>	本人 住所 氏名 (印)		代理人 住所 氏名 (印)
本人 住所 氏名 (印)				
代理人 住所 氏名 (印)				

令和 年 月 日提出

受付日付印

振込希望の金融機関(資格喪失後の受給者のみ)	
銀行・金庫 信組・農協	本店 預金 普通 口座 支店 種目 当座 番号
フリガナ	
口座名義	

注意事項

1. 申請書は診療月ごとに作成してください。
2. ①欄は、「マイナポータル」「資格情報のお知らせ」「資格確認書(健康保険証)」に記載されています。わからない場合は、マイナンバーを記載してください。
3. ⑦～⑩欄は、⑥欄の診療月について、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、それぞれ記載してください。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・通院別にそれぞれ記載してください。
4. ⑨欄について、外傷の場合は、別紙負傷原因届を添付してください。また、工作中、通勤途上、交通事故、加害者による負傷の場合は、必ず健康保険組合と勤務先にご連絡ください。
5. ⑭欄は他の公的制度により医療費の自己負担額またはその一部支給額を受けられるかどうかについて、「はい」「いいえ」のいずれかに「✓」をつけ、受けられる場合は、その制度名を記載してください。また、自己負担額の助成内容について「全額免除」「一部自己負担有り」のいずれかに「✓」をつけてください。
6. ⑭欄の助成内容が「一部自己負担有り」の場合は、徴収された費用の額を証明する領収書等を添付してください。
7. 市区町村民税が非課税の方は、申請書の⑮欄に市区町村長から非課税であることの証明を受けるか、別に非課税証明書を添付してください。1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12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。
8. 生活保護を受けている方は、「保護開始決定通知書」もしくは「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、福祉事務所長の原本証明を受けたものを添付してください。
9. 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・標準負担額減額認定該当」と記載された「保護申請却下通知書」もしくは「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、福祉事務所長の原本証明を受けたものを添付してください。
10. 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。
11. 被保険者が亡くなられ、ご遺族の方が申請する場合、被保険者との続柄がわかる「戸籍謄本」等を添付してください。
12. 給付金の受領を代理人に委任する場合は、それぞれ委任状に記載してください。

事前に申請されることで保険医療機関等での窓口負担が軽減されます。

■ 窓口負担の軽減

○ 70歳未満の上位所得者・一般所得者および70歳以上の現役並みⅡ・Ⅰの方

事前に「健康保険限度額適用認定申請書」を健保組合に申請されることにより発行する「健康保険限度額適用認定証」と資格確認書等（70歳以上の方は高齢受給者証も必要）を併せて保険医療機関等窓口提出することで、窓口での負担（保険適用分）は下記の限度額までとなります。

○ 市区町村民税が非課税などによる低所得者の方

事前に「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書」を健保組合に申請されることにより発行する「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証」と資格確認書等を併せて、保険医療機関等窓口提出することで、窓口での自己負担（保険適用分）は下記の限度額までとなります。

適用区分(70歳未満)		自己負担限度額(1ヵ月)	多数該当
ア	標準報酬月額 83万円以上	252,600円+(医療費-842,000円)×1%	【140,100円】
イ	標準報酬月額 53万～79万円	167,400円+(医療費-558,000円)×1%	【93,000円】
ウ	標準報酬月額 28万～50万円	80,100円+(医療費-267,000円)×1%	【44,400円】
エ	標準報酬月額 26万円以下	57,600円	【44,400円】
オ	低所得者(住民税非課税)	35,400円	【24,600円】

適用区分(70歳以上)		自己負担限度額(1ヵ月)	多数該当
現役並みⅢ	標準報酬月額 83万円以上	252,600円+(医療費-842,000円)×1%	【140,100円】
現役並みⅡ	標準報酬月額 53万～79万円	167,400円+(医療費-558,000円)×1%	【93,000円】
現役並みⅠ	標準報酬月額 28万～50万円	80,100円+(医療費-267,000円)×1%	【44,400円】
一般	標準報酬月額 26万円以下	57,600円【入院・世帯合算】 18,000円【外来・個人ごと】	【44,400円】 —
低所得者Ⅱ	住民税非課税及び 年金収入80万～160万円	24,600円【入院・世帯合算】 8,000円【外来・個人ごと】	— —
低所得者Ⅰ	住民税非課税及び 年金収入80万円以下	15,000円【入院・世帯合算】 8,000円【外来・個人ごと】	— —

※ 70歳以上の現役並みⅡ・Ⅰ及び低所得者Ⅱ・Ⅰ以外の方は「高齢受給者証」で窓口負担が自己負担限度額までとなります。