

組合が記入するところ 支給決定決議書	A + B 支給決定額				万円	千円	月額	千円	支給決定 整理番号			
	高額療養費 A				円	内訳A () × = []は多数該当 () × = () × = (上位所得者) -{150,000+(-500,000) × 1%} (一般) -{80,100+(-267,000) × 1%} -[83,400] -[44,400]						
	付加金 B				円	内訳B (上位所得者) - A - {(-500,000) × 1%} - 95,000 × 件 - 端数額 (1,000円未満) (一般) - A - {(-267,000) × 1%} - 45,000 × 件 - 端数額 (1,000円未満)						
	診療実日数	入院 外来 調剤	日	入院 外来 調剤	日	入院 外来 調剤	日	常務理事	業務局長	部長	課長	係長

健康保険 高額療養費・家族高額療養費・合算高額療養費 支給申請書
家族療養費付加金・合算高額療養費付加金

診療月	平成	年	月	診療分	被保険者証 記号・番号	被保険者 (請求者) 氏名と印	(フリガナ)	印						
被保険者 (請求者) 住所	〒				事業所 の所在地	名称								
療養を受けた方の 氏生年月日および 被保険者との続柄	氏名	(続柄)		氏名	(続柄)		氏名	(続柄)						
傷病名	生年 S 月日 H	年	月	日 (歳)	生年 S 月日 H	年	月	日 (歳)	生年 S 月日 H	年	月	日 (歳)		
療養を受けた 病院等の名称 および所在地	名称			名称			名称							
病院等で療養を 受けた期間	年	月	日	から	(日間)	日	まで	年	月	日	から	(日間)	日	まで
「(入院申請のみ) 健康保険限度額適用 認定証」を提示され ましたか (印を付けてください)	提示した		提示していない		提示した		提示していない		提示した		提示していない			
の期間に受けた療 養に対し病院等で支 払った額 (自己負担額)	円				円				円					
市区町村からの医 療費の助成制度を受 けていますか (印を付けてください)	1 受けている (助成額の支払明細書を添付)		2 当組合より受給後、受ける		3 受けていない		1 受けている (助成額の支払明細書を添付)		2 当組合より受給後、受ける		3 受けていない			
入院・外来等の別 (印を付けてください)	入院・外来・調剤・その他				入院・外来・調剤・その他				入院・外来・調剤・その他					
診療科は何科で受 けましたか	科				科				科					

委任状	私は下記の事業主を代理人と定め本請求に基づく給付金の受領方を委任します。		平成	年	月	日	提出
	住所						印
	被保険者 (請求者) 氏名						(と同じ印)
代理人 (事業主) 氏名						印	

この申請書を記入するまえに、裏面の記入上の注意事項をよく読んでください。

受付年月日

振り込み希望の金融機関 (任意継続者・資格喪失後の受給者のみ)	銀行	支店
口座種別：普通・当座(番号：)		
口座名義：	(被保険者だった者に限る)	

【記入上の注意事項】

1. 診療月別に作成してください。
2. 診療を受けた医療機関別、同じ医療機関で入院・外来、調剤(院外処方)別に記入してください。
3. 欄の病院等に支払った額は、保険診療分に係るものについてのみ記入し、保険外診療分は除いてください。(下記参照)

支給対象とならないもの

- | | |
|---------------------|------------------------------------|
| a. 入院時の室料の差額 | d. 国または都道府県(市区町村)からの医療費の補助金(公費負担分) |
| b. 入院時の食事費用自己負担額 | e. 健康診断、乳児健診、予防接種、正常分娩 |
| c. 歯科の保険外診療(特殊材料など) | f. 老人保健法の医療を受けたときの一部負担金 |
4. 国または都道府県(市区町村)から医療費の助成を受けている方は、助成額の支払明細書(写)を添付してください。
 5. 市区町村民税非課税または生活保護の場合、下記のいずれかを添付してください。
 - (1) 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
 - (2) 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、民生委員また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
 6. 記載欄に印もれや記入もれまたは記入の誤りがあると、支給決定ができなくなり返戻する場合がありますので正しく記入してください。

この請求書で請求できる給付金は、つぎのとおりです。

(被保険者の場合)

- 本人高額療養費
本人高額療養費は、本人が同一月に同一の病院、医院、診療所、薬局(処方箋による薬の支給)別に支払った、一部負担の額が80,100円(標準報酬月額が53万円以上の場合は、150,000円)を超えたとき、超えた分が支給されます。
また、同一世帯(本人・家族)での高額療養費支給回数が1年間に4回以上になったときは4回目から44,400円(標準報酬月額が53万円以上の場合は、83,400円)を超えた分が支給されます。
- 合算高額療養費
同一世帯(本人・家族)について同一月に21,000円以上の自己負担が複数ある場合、それぞれを合算して80,100円(標準報酬月額が53万円以上の場合は、150,000円)を超えた分が合算高額療養費として支給されます。

(被扶養者の場合)

- 家族高額療養費
家族高額療養費は、被扶養者が同一月に同一の病院、医院、診療所、薬局(処方箋による薬の支給)別に支払った、一部負担の額が80,100円(標準報酬月額が53万円以上の場合は、150,000円)を超えたとき、超えた分が支給されます。
また、同一世帯(本人・家族)での高額療養費支給回数が1年間に4回以上になったときは4回目から44,400円(標準報酬月額が53万円以上の場合は、83,400円)を超えた分が支給されます。
- 合算高額療養費
同一世帯(本人・家族)について同一月に21,000円以上の自己負担が複数ある場合、それぞれを合算して80,100円(標準報酬月額が53万円以上の場合は、150,000円)を超えた分が合算高額療養費として支給されます。
- 家族療養費付加金
家族療養費付加金は、家族高額療養費と同じ要件で支払った、一部負担金の額からそれぞれ1件ごとに45,000円(標準報酬月額が53万円以上の場合は、95,000円)を控除した額が支給されます。
ただし、1,000円未満の端数は切り捨てます。なお、家族高額療養費(合算高額療養費)が支給される場合にあっては、その相当額を控除して支給されます。
- 合算高額療養費付加金
各診療月について被保険者もしくは被扶養者が支払った自己負担額から合算高額療養費に相当する額を控除して得た1件につきそれぞれ45,000円(標準報酬月額が53万円以上の場合は、95,000円)を控除した額が支給されます。

(低所得者の場合)

欄の被保険者(70歳未満の方)が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場合または、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場合は、「80,100円」とあるのは「35,400円」となります。