

# 記入例

令和 ○ 年 △ 月診療分 健康保険 高額療養費支給申請書 (本人/家族/合算)

※ 申請書は診療月ごとに(一カ月に一枚)提出し

①被保険者等 記号・番号	1234 — 56	②事業所の名称	株式会社○○運送
③被保険者(申請者)の氏名	健保 太郎	④生年月日	昭和 平成 ○年 5月 5日
⑤療養を受けた者の氏名	健保 太郎	健保 太郎	健保 花子
⑥療養を受けた者の生年月日	昭和 平成 ○/ 5/ 5 令和	昭和 平成 ○/ 5/ 5 令和	昭和 平成 △/ 1/ 20 令和
⑦被保険者との続柄	本人	本人	妻
⑧傷病名	右足骨折	右足骨折	リウマチ
⑨療養を受けた病院等の名称・所在地	××病院 大阪市城東区××	○○病院 大阪市城東区□□	
⑩療養を受けた期間	令和 ○年 1月 5日から 同月 10日まで	令和 ○年 1月 10日から 同月 15日まで	令和 ○年 1月 15日まで
⑪療養費の額	入院・通院 300,000 円	入院・通院 92,000 円	入院・通院 25,000 円
⑬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	令和 年 月分	令和 年 月分	令和 年 月分
⑭上記のとおり申請いたします。	令和 ○年 ×月 △日		
住所	大阪市城東区○○		
被保険者氏名	健保 太郎		
電話	06 (○○) ○○		
携帯	080 (○○) □□		
⑮振込先	口座名義人の氏名 フリガナ ケンポ ハナコ 健保 花子	預金種別 普通・当座 口座番号 ×××××	×× 銀行・信用金庫 農協・信用組合 支店 ※ゆうちょ銀行の場合は店番を記入してください。

本人・家族ごとに用紙を分ける必要はありません。同じ用紙に記入してご申請頂けます。

記載しきれない病院、調剤があれば、領収書のコピーを添付していただいても問題ございません。

※裏面の「負傷について」を記入してください。

※以下の欄は高額療養費の振込を代理人にする場合記入してください。

受取代理人の欄	本請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。 令和 ○年 ×月 △日 被保険者(申請者)氏名 健保 太郎	代理人の氏名	被保険者との関係 妻
		フリガナ ケンポ ハナコ 健保 花子	
		代理人の住所・電話番号 〒123 - 4567 大阪市城東区○○ 電話 080 (○○) △△	

注

注)振込希望口座の名義人が被保険者以外の場合は、受取代理人の欄に記入が必要です。

【1】高額療養費とは・・・

同一月に医療機関で支払った自己負担額が下記《表》「自己負担限度額」を超えた分が払い戻しされるものです。  
自己負担限度額は ①各月ごと（1日から末日） ②受診者ごと ③医療機関ごと ④入院・通院ごと に計算します。  
また、食事療養費、室料差額、歯科材料差額など保険診療とならないものは払い戻しの対象とはなりません。

《表》所得区分と自己負担限度額 ※平成 30 年 8 月以降適用  
**70 歳未満の方** **70 歳以上 75 歳未満の方**

所得区分	自己負担限度額(70 歳未満の方)
ア	252,600 円 + (医療費 - 842,000 円) × 1% 【140,100 円】
イ	167,400 円 + (医療費 - 558,000 円) × 1% 【93,000 円】
ウ	80,100 円 + (医療費 - 267,000 円) × 1% 【44,400 円】
エ	57,600 円 【44,400 円】
オ	35,400 円 【24,600 円】

区分		*1	
		個人ごと (通院)	世帯ごと (入院を含む)
標準 報酬 月額	現役並みⅢ 83 万円以上	252,600 円 + (総医療費 - 842,000 円) × 1% 【140,100 円】	
	現役並みⅡ 53 万～79 万円	167,400 円 + (総医療費 - 558,000 円) × 1% 【93,000 円】	
	現役並みⅠ 28 万～50 万円	80,100 円 + (総医療費 - 267,000 円) × 1% 【44,400 円】	
一般 (標準報酬月額 26 万円以下)		18,000 円 (年間上限 14.4 万円)	57,600 円 【44,400 円】
低所得者Ⅱ (住民税非課税者等)		8,000 円	24,600 円
低所得者Ⅰ (所得が一定基準以下)			15,000 円

(注)  
ア 標準報酬月額 83 万円以上の被保険者と被扶養者  
イ 標準報酬月額 53 万円～79 万円以下の被保険者と被扶養者  
ウ 標準報酬月額 28 万円～50 万円以下の被保険者と被扶養者  
エ 標準報酬月額 26 万円以下の被保険者と被扶養者

オ (住民税非課税者) は、被保険者の市区長村民税が課税されない場合です。  
これに該当する場合は、非課税証明書の添付が必要です。  
※ 診療月が 4 月～7 月分については前年度の非課税証明書を添付  
診療月が 8 月～翌 3 月分については当年度の非課税証明書を添付

\*1 同じ世帯で同じ保険者に属する者  
【 】内は多数該当

「オ」に該当する場合は非課税証明書（原本）の添付が必要です。また、申請する診療月により必要な非課税証明書が違います。  
4 月～7 月診療分……前年度の非課税証明書（原本）  
8 月～翌 3 月診療分……当年度の非課税証明書（原本）

【2】合算高額について・・・

同じ世帯で 1 ヶ月に 21,000 円以上保険診療分自己負担額が 2 件以上ある場合は、その合計が上記の《表》の自己負担限度額を超えた時に超えた額が払い戻しされるものです。

【3】多数回該当について・・・

今回の高額療養費の申請月の直近 1 年間に 3 回以上高額療養費の支給がある場合は、4 回目からは多数該当となり、上記《表》の【 】内の自己負担限度額を超えた時に超えた額が払い戻しされるものです。

◎高額療養費は支給決定まで診療月後 3 ヶ月以上かかります。

<負傷について>

負傷した日時	令和 ○年 1 月 5 日 (□) <u>午前</u> ・午後 7 時 30 分 頃
どこで負傷しましたか	自宅の階段
何をしているときですか (☑してください)	勤務時 (□業務中 □出張中 □通勤退勤途上) 勤務外 <input checked="" type="checkbox"/> (□出勤前 □帰宅後 □休日)
負傷した時の状況 (具体的に)	起床後、2 階から1階へ降りようとした際に、階段から足を踏み外して転落した。
上記のとおり負傷したことを報告します。 令和 ○年 × 月 △ 日	
被保険者氏名	健保 太郎