

※		保 険 給 付 決 定 欄			
支 給 決 定 額	算 定 基 礎	報酬月額	万円	上位所得者(ア・イ) 一般所得者(ウ・エ)	低所得者Ⅰ 低所得者Ⅱ
		診療報酬×10円		自己負担額	
(円) × =		円		* 252,600円 + (-842,000円) × 1% *140,100円	
(円) × =		円		* 167,400円 + (-558,000円) × 1% *93,000円	
(円) × =		円		* 80,100円 + (-267,000円) × 1% *44,400円	
(円) × =		円		* 57,600円 *24,600円	
		計		* 35,400円 *8,000円 *1,500円	
				* 12,000円	

本人
家族
合算

高額療養費支給申請書

入院・通院・多数該当
(年 月 診療分)

① 被保険者証の 記号 番号		② 事業所の名称		
③ 被保険者の氏名		④ 被保険者の生年月日	昭和 年 月 日 平成	
⑤ 療養を受けた者の氏名	1	2	3	
⑥ 療養を受けた者の生年月日	昭和 年 月 日 平成	昭和 年 月 日 平成	昭和 年 月 日 平成	
⑦ 被保険者との続柄				
⑧ 傷病名				
⑨ 療養を受けた病院・診療所等の名称及び所在地	名称 所在地			
⑩ ⑨の病院等で療養を受けた期間	年 月 日から 日間 年 月 日まで	年 月 日から 日間 年 月 日まで	年 月 日から 日間 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	円	円	円	
⑫ 他の制度により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	受けられる (制度名) (費用徴収の 有・無) 受けられない	受けられる (制度名) (費用徴収の 有・無) 受けられない	受けられる (制度名) (費用徴収の 有・無) 受けられない	
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、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
	被保険者証の記号番号			
	健康保険組合名			
⑭ 振込希望銀行	銀行	支店	種類・口座番号	普通・当座 (No.)
			フリガナ	
	金融機関コード	店番号	口座名義	

上記のとおり申請いたします。

平成 年 月 日

〒 -
被保険者の住所

氏名

神戸貿易健康保険組合 様

印

⑮ 委任状	私は、	を代理人と定め、次の権限を委任する
	年 月 日	請求した高額療養費の受領に関すること。
	被保険者の住所氏名	印
代理人の住所氏名	印	
⑯ 市区町村長が証明する欄	上記③の者には平成 年度の市(区)町村民税が課されないことを証する。	市区町村長名 印
⑰ 備考	個人番号(マイナンバー)の記載を希望される被保険者は、こちらに記入してください。ただし、個人番号を記載された場合は、個人番号確認と身元確認のできる書類(個人番号カードの写し等)の添付が必要です。(個人番号:)	

(記入上の注意)

- 申請書は、診療月ごとに作成してください。
- 一カ月1件の医療費自己負担額が、所得区分に応じ定められた自己負担額を超えたときに、その超えた額が支給されます。自己負担限度額は以下を参考のこと。

・標準報酬月額 83万円以上	自己負担限度額 252,600円 + (総医療費 - 842,000円) × 1%	多数該当 140,100円
・標準報酬月額 53万円～79万円	自己負担限度額 167,400円 + (総医療費 - 558,000円) × 1%	多数該当 93,000円
・標準報酬月額 28万円～50万円	自己負担限度額 80,100円 + (総医療費 - 267,000円) × 1%	多数該当 44,400円
・標準報酬月額 26万円以下	自己負担限度額 57,600円	多数該当 44,400円
・低所得(住民税非課税)	自己負担限度額 35,400円	多数該当 24,600円

- 同一月、同一世帯内で、自己負担額が21,000円以上のものが2件以上ある場合は、自己負担額を合算し、合算した額が自己負担額を超える場合は、超えた額が合算高額療養費として支給されます。
- 1年(直近12カ月)の間に同一世帯で3か月以上高額療養費に該当した場合には、4か月目からは自己負担額が多数該当の金額に設定されます。
- ⑩欄は同一月内期間を記入してください。
- ⑪欄は医療機関が発行する領収書や健康保険組合が発行する医療費通知等を参考に、保険診療分として支払った金額を記入してください。
- ⑫欄は国や市町村の助成金制度等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、該当する事項へ○印をつけてください。受けられる方は具体的制度名を記入し、自己負担相当額の一部について費用を徴収されたかの有無に○印をつけてください。また費用徴収有の場合は領収書等を添付してください。徴収された費用は上記3の世帯合算の対象となる場合があります。
- ⑬欄は、今回申請の診療月以前の12月以内に、高額療養費の支給を3ヶ月以上受けたことのある場合に、直近の3ヶ月についてそれぞれ記入してください。
- ⑭欄については被保険者様の口座を記入してください。被保険者(申請者)と異なる口座に振り込みを希望する場合は⑮欄の委任状の記入・押印が必要です。

(その他の事項)

- 市区町村民税が非課税または生活保護受給者の場合、この申請には、次の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⑯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。
 - 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者にあつては、市区町村長の課税に関する証明書。
 - 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。
- 同一年度(上記1の(1)に該当する者にあつては、8月から翌年7月までの間)内において、既に上記1の証明書等を出している場合は、同一年度内の療養に係る支給申請書に際して上記1の証明書を添付する必要はありません。
- 療養費払いに係る高額療養費の支給申請は、その療養費の支給と併せて行なってください。
- 国・市区町村の公的制度により自己負担相当額の支給を受けられる場合は、この高額療養費は支給されません。