

支 給 要 件

この申請書は、診療月の満年齢が69歳以下の方は④・⑤のいずれか該当する自己負担限度額を超えたとき、高齢受給者の方は⑥の自己負担限度額を超えたとき、提出してください。

診療月の満年齢が69歳以下の方

〔※平成27年1月1日付施行〕

所得区分	自己負担限度額(月額)	
	通常の場合	多数該当の場合
標準報酬月額 83万円以上	252,600円 + (医療費 - 842,000円) × 1%	140,100円
標準報酬月額 53万円以上83万円未満	167,400円 + (医療費 - 558,000円) × 1%	93,000円
標準報酬月額 28万円以上53万円未満	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1%	44,400円
標準報酬月額 28万円未満	57,600円	44,400円
低所得者	35,400円	24,600円

④ 定められた負担額を超えるものが複数ある場合

同一世帯(被保険者証単位)で21,000円以上の負担が2つ以上あり、その合計額が上記④表の各々の自己負担限度額を超えるとき

* 所得区分など

- ・ 低所得者とは、申請被保険者が市区町村民税の非課税者又は生活保護法の要保護者のことです。
- ・ 多数該当とは、今回申請分を含め直近1年間に4ヵ月以上高額療養費に該当した場合のことです。

④・⑤の金額の計算方法

- ・ 各月ごと(毎月1日から末日まで)
- ・ 医療機関ごと(医科・歯科別)
- ・ 入院・通院ごと
- ・ 保険診療分として支払った自己負担額(ただし、入院時の食事負担、室料の差額、歯科の材料差額、妊婦健診の費用等、保険診療とならないものは除きます)

※医療機関において薬剤の投与に代えて処方せんが交付された場合には、保険薬局へ支払った額と当該処方せんを交付した医療機関へ支払った額を合算してください。

高齢受給者の方

所得区分	負担限度額(平成29年7月まで)		負担限度額(平成29年8月～平成30年7月)	
	外来(個人ごと)	外来・入院(世帯ごと)	外来(個人ごと)	外来・入院(世帯ごと)
現役並み ※1 (3割負担の方)	44,400円	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1% 〔44,400円〕 ※5	57,600円	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1% 〔44,400円〕
一般 ※2 (1割・2割負担の方)	12,000円	44,400円	14,000円 (年間144,000円)	57,600円 〔44,400円〕
低所得者Ⅱ ※3	8,000円	26,400円	8,000円	26,400円
低所得者Ⅰ ※4		15,000円		15,000円

※1. 標準報酬月額が28万円以上の方

※2. 標準報酬月額が28万円未満の方。収入合計額が520万円未満(1人世帯は383万円未満)の方を含みます

※3. 市区町村民税非課税の方 ※4. 市区町村民税非課税の方で必要経費等を控除した所得が0円の方

※5. 12ヵ月間に高額療養費の支給回数が3ヵ月以上になったとき、4ヵ月目から〔 〕内の金額になります(多数該当)

⑥の金額の計算方法

- ・ 各月ごと(毎月1日から末日まで)
- ・ 保険診療分として支払った医療費等の自己負担額の合計(病院・診療所、柔道整復師、治療用装具など)の合計額
- ・ 保険診療分として支払った自己負担額(ただし、入院時の食事負担、室料の差額、歯科の材料差額等、保険診療とならないものは除きます)

※医療機関において薬剤の投与に代えて処方せんが交付された場合には、保険薬局へ支払った額と当該処方せんを交付した医療機関へ支払った額を合算してください。

記入するときの注意事項

この申請書は、同一月（1日～末日）ごとに作成してください。

③～⑨欄 医療機関別（医科・歯科別／入院・通院ごと）に（1名の場合は①欄へ、複数の場合は②・③欄）へ記入してください。ただし、左記の④・⑤に該当するものだけを記入してください。

⑤欄 傷病名がわからないときは、記入する必要はありません。

⑨欄 他の制度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方に○印をつけ、受けられ場合はその制度名を記入してください。また、自己負担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。

⑪欄 印鑑は、はっきりと押してください。ただし、被保険者（請求者）が自ら署名する場合は、被保険者（請求者）の押印は不要です。

被保険者が死亡した場合は、相続人が請求することができます。この場合、⑪欄には被保険者の氏名を記入してください。また、相続人であることが確認できる書類。（例えば「戸籍謄本」等）を添付してください。

⑮欄 発病の原因が外傷（打撲、捻挫、骨折等）の場合は、記入してください。

なお、発病の原因が第三者行為（交通事故、集団食中毒等）による場合は、当組合に備え付けの「第三者行為用の負傷届」を添付してください。

⑯欄 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。

（マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。）

⑰欄 **高齢受給者の方で㉔に該当した場合は、記入してください。**

ア～コ欄 医療機関別（医科・歯科別／入院・通院ごと）、柔道整復師、はり師・きゅう師、あんま・マッサージ・指圧師、治療用装具（コルセット）別に記入してください

※医療機関において薬剤の投与に代えて処方せんが交付された場合には、保険薬局へ支払った額と当該処方せんを交付した医療機関へ支払った額を合算してください

他の制度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の欄については、上記⑨欄の記入するときの注意事項と同じ要領で記入してください。

（その他注意事項等）

■ 1 申請被保険者が市町村民税の非課税者又は生活保護法の要保護者に該当する場合は、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欄に証明を受けた場合は、（1）の証明は不要です。

（1）療養のあった月の属する年度（4月～7月診療分については前年度）分の市町村民税が課税されない者にあつては、市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し。

2 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、すでに上記1の証明書等を提出されている場合は、同一年度内の療養にかかる支給申請に関しては、上記1の証明書は必要ありません。

■ 領収書がある場合は、写しを添付してください。

■ 給付金のお支払は、治療を受けられた月から3か月以降になります。なお、医療機関の都合で医療費の明細書が遅延した場合は、更に遅れる場合があります。

■ 健康保険の給付を受ける権利は、2年間で消滅します。

■ 支給決定に際し、別途、必要書類の提出を求める場合があります。

この申請書の記載についてわからないときは、健康保険組合(06-6765-9212)給付課へおたずねください。