

※療養を受けた方が70歳以上の場合は、この【1枚目】と合わせて申請書【2枚目】も提出してください

申請書【1枚目】

健康保険 被保険者 被扶養者 世帯合算 高額療養費 支給申請書

▼必ず記入してください

(令和 年 月診療分)

高額療養費のお支払は、療養を受けた月から3か月以降になります。医療機関から健康保険組合へ診療報酬明細書の到着が遅延した場合は、さらに支払いが遅れることがありますのでご了承ください。

① 被保険者の記号・番号		② 被保険者(請求者)の氏名												
記号	番号	③ 被保険者の生年月日		昭和・平成				年			月			日
④ 被保険者(請求者)住所		〒 ー 電話 ()												
⑤ 事業所名														
⑥ 療養を受けた方		1 氏名		2 氏名		3 氏名								
70歳未満の方		昭和 平成 令和 年 月 日生		続柄		昭和 平成 令和 年 月 日生		続柄		昭和 平成 令和 年 月 日生		続柄		
⑦ 傷病名														
⑧ 療養を受けた医療機関等 名称・所在地		名称		名称		名称								
		所在地		所在地		所在地								
⑨ 療養を受けた期間と入院・通院の別		令和 年 月 日から 日間 (入院・通院) 日まで		令和 年 月 日から 日間 (入院・通院) 日まで		令和 年 月 日から 日間 (入院・通院) 日まで								
⑩ 医療機関等に支払った金額		円		円		円								
⑪ 他の公的制度から医療費の助成を受けていますか		・受けている (費用徴収 有・無) 制度名〔 〕 ・受けていない		・受けている (費用徴収 有・無) 制度名〔 〕 ・受けていない		・受けている (費用徴収 有・無) 制度名〔 〕 ・受けていない								
⑫ 傷病名が外傷によるものときは負傷の状況		午前 午後 時 分頃 出勤前 通勤途中 仕事中 帰宅後 休日 (いつ) 令和 年 月 日 (どこで、何をしていた、どのように負傷しましたか) (該当するものを○で囲んでください) 第三者行為(交通事故・けんか等)によるものですか はい・いいえ												
⑬ 高額療養費の該当状況		⑨の療養を受けた期間の月以前1年間に、高額療養費に該当する月が3か月以上ある場合、直近の3か月分の診療年月をご記入ください												
		1 令和 年 月		2 令和 年 月		3 令和 年 月								
給付金の受領方法	⑭ 受取代理人	本請求に基づく給付金に関する受領を下記の方に委任します。 被保険者住所 令和 年 月 日 (請求者)氏名 住所 委任された方氏名 被保険者との関係												
	⑮ 振込指定口座	【被保険者(請求者)又は委任代理人の口座に限りです】 銀行 信用金庫 普通 当座 左づめでご記入ください 店番(フリガナ) 口座番号 口座名義 受付年月日												
⑯ 市区町村長が証明する欄	当該被保険者は、令和 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 令和 年 月 日 [印]													
⑰ 備考	被保険者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、この備考欄に記載してください。 (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。)													

この用紙はA4サイズにコピーまたは印刷してご使用ください

記入するときの注意事項（申請書【1枚目】）

1. この申請書は、月（1日から末日）を単位として記入してください。月をまたいだり、複数月を記入しての申請はできません。

申請書の右上には、右例のように診療年月を明記してください。

(例)

（令和 8 年 4 月診療分）

2. ②の欄は、被保険者の死亡後に相続人が請求者となる場合は、被保険者と請求者の氏名を記入してください。

なお、請求者が被扶養者でなかった場合は、被保険者との関係を確認するため、戸籍謄本等を添付してください。

3. ⑦の欄は、傷病名がわからないときは記入する必要はありません。
また、“頭痛”のように症状名でも結構です。

4. ⑨の欄は、右例のように期間と日数を記入し、該当する区分を○で囲んでください。

(例)

令和 8 年 4 月 1 日から 30 日間
(入院・通院) 30 日まで

5. ⑩の欄は、医療機関等で支払った金額のうち保険診療分の金額（差額ベッド代などの保険外負担額や入院時の食事負担額などを除いた額）を記入してください。

6. 調剤薬局での自己負担額は処方箋を発行した医療機関と合算して申請できますので、医療機関にかかる⑥から⑪の記入の右に、調剤薬局にかかる記入をしてください。

7. ⑪の欄は、他制度から助成を受けている場合にその制度名と、費用徴収の有無を記入してください。

8. **診療を受けた方が70歳以上の場合は、申請書【1枚目】の⑥から⑪は記入せず、申請書【2枚目】の⑥から⑩に記入してください。**

9. ⑫の欄は、傷病の原因が外傷（けが）である場合に、できるだけ詳しくご記入ください。

なお、傷病の原因が第三者行為（交通事故・けんか等）である場合は、別途第三者行為による「負傷届」の提出が必要となりますので、健康保険組合にご連絡ください。

10. ⑬の欄は、⑨の療養を受けた期間の月以前1年間に、高額療養費に該当する月が3か月以上ある場合、直近の3か月分の診療年月をご記入ください。

11. 被保険者本人が市区町村税の非課税者に該当する場合には、⑯の欄に市区町村長による証明を受けるか「（非）課税証明書」の交付を受けて添付してください。（診療を受けた月が4月から7月の場合は前年度、8月から翌年3月の場合は当年度の課税に関する証明）

同一年度内に、すでに「（非）課税証明」等を提出されている場合は不要です。

12. 保険給付を受ける権利は、2年が経過すると時効となり消滅します。高額療養費の時効は、診療を受けた月の翌月の1日（診療費の自己負担分を診療を受けた月の翌月以後に支払ったときは、支払った日の翌日）が時効の起算日となります。

13. **領収書がある場合は、写しを添付してください。**

支給要件（70歳未満の方）

高額療養費の算定

高額療養費の算定は、（1）診療月ごと、（2）1人ごと、（3）医療機関ごと（入院・外来別、医科・歯科別）に行われます。

高額療養費の自己負担限度額

1. 単独で受けられるとき

同じ医療機関での1人・1か月の窓口負担額が、自己負担限度額を超えたときに、超えた額が払い戻されます。

2. 世帯合算で受けられるとき

同じ世帯で1か月に21,000円以上の窓口負担額が2件以上ある場合は、合計して自己負担限度額を超えたときに、超えた額が払い戻されます。

3. 多数該当で受けられるとき

同じ世帯で、直近12か月間に高額療養費が支給された月数が3か月以上になった場合は、4か月目からは、自己負担限度額の〔多数該当〕の額を超えたときに、超えた額が払い戻されます。

社会保険労務
士の提出代行
者名記載欄

提出先 〒542-0061

大阪市中央区安堂寺町2-4-14 文健会館4階

関西文紙情報産業健康保険組合

TEL 06(6765)9212

※療養を受けた方が70歳以上の場合は、この【2枚目】を申請書【1枚目】と合わせて提出してください

申請書【2枚目】

健康保険 高齢受給者 高額療養費 支給申請書

▼必ず記入してください

(令和 年 月診療分)

高額療養費のお支払は、療養を受けた月から3か月以降になります。医療機関から健康保険組合へ診療報酬明細書の到着が遅延した場合は、さらに支払いが遅れることがありますのでご了承ください。

記号		番号			
① 被 保 険 者 の 記 号 ・ 番 号		② 被保険者(請求者) の 氏 名			
⑥ 療養を受けた方 70歳以上の方 氏名・生年月日		⑧ 療養を受けた医療機関等の 名称・所在地		⑨ 療 養 を 受 け た 期 間 と 入 院 ・ 通 院 の 別	
				⑩ 医 療 機 関 等 に 支 払 っ た 金 額	
				⑪ 他の公的制度から医療費 の助成を受けていますか	
A	氏名	名称	令和 年 月 日から 日間 (入院 ・ 通院) 日まで	円	
	昭和 年 月 日生	所在地	1.病院・診療所 2.調剤薬局 3.整骨院 4.はり・きゅう 5.治療用装具 6.その他()	・受けている(費用徴収 有・無) 制度名〔 〕 ・受けていない	
B	氏名	名称	令和 年 月 日から 日間 (入院 ・ 通院) 日まで	円	
	昭和 年 月 日生	所在地	1.病院・診療所 2.調剤薬局 3.整骨院 4.はり・きゅう 5.治療用装具 6.その他()	・受けている(費用徴収 有・無) 制度名〔 〕 ・受けていない	
C	氏名	名称	令和 年 月 日から 日間 (入院 ・ 通院) 日まで	円	
	昭和 年 月 日生	所在地	1.病院・診療所 2.調剤薬局 3.整骨院 4.はり・きゅう 5.治療用装具 6.その他()	・受けている(費用徴収 有・無) 制度名〔 〕 ・受けていない	
D	氏名	名称	令和 年 月 日から 日間 (入院 ・ 通院) 日まで	円	
	昭和 年 月 日生	所在地	1.病院・診療所 2.調剤薬局 3.整骨院 4.はり・きゅう 5.治療用装具 6.その他()	・受けている(費用徴収 有・無) 制度名〔 〕 ・受けていない	
E	氏名	名称	令和 年 月 日から 日間 (入院 ・ 通院) 日まで	円	
	昭和 年 月 日生	所在地	1.病院・診療所 2.調剤薬局 3.整骨院 4.はり・きゅう 5.治療用装具 6.その他()	・受けている(費用徴収 有・無) 制度名〔 〕 ・受けていない	
F	氏名	名称	令和 年 月 日から 日間 (入院 ・ 通院) 日まで	円	
	昭和 年 月 日生	所在地	1.病院・診療所 2.調剤薬局 3.整骨院 4.はり・きゅう 5.治療用装具 6.その他()	・受けている(費用徴収 有・無) 制度名〔 〕 ・受けていない	
G	氏名	名称	令和 年 月 日から 日間 (入院 ・ 通院) 日まで	円	
	昭和 年 月 日生	所在地	1.病院・診療所 2.調剤薬局 3.整骨院 4.はり・きゅう 5.治療用装具 6.その他()	・受けている(費用徴収 有・無) 制度名〔 〕 ・受けていない	
H	氏名	名称	令和 年 月 日から 日間 (入院 ・ 通院) 日まで	円	
	昭和 年 月 日生	所在地	1.病院・診療所 2.調剤薬局 3.整骨院 4.はり・きゅう 5.治療用装具 6.その他()	・受けている(費用徴収 有・無) 制度名〔 〕 ・受けていない	
I	氏名	名称	令和 年 月 日から 日間 (入院 ・ 通院) 日まで	円	
	昭和 年 月 日生	所在地	1.病院・診療所 2.調剤薬局 3.整骨院 4.はり・きゅう 5.治療用装具 6.その他()	・受けている(費用徴収 有・無) 制度名〔 〕 ・受けていない	
J	氏名	名称	令和 年 月 日から 日間 (入院 ・ 通院) 日まで	円	
	昭和 年 月 日生	所在地	1.病院・診療所 2.調剤薬局 3.整骨院 4.はり・きゅう 5.治療用装具 6.その他()	・受けている(費用徴収 有・無) 制度名〔 〕 ・受けていない	

この用紙はA 4 サイズにコピーまたは印刷してご使用ください

記入するときの注意事項（申請書【2枚目】）

1. この申請書は、月（1日から末日）を単位として記入してください。月をまたいだり、複数月を記入しての申請はできません。

申請書の右上には、右例のように診療年月を明記してください。（例） **（令和 8 年 4 月診療分）**

2. ①の欄と②の欄は、申請書【1枚目】に記入した被保険者証の記号・番号と被保険者（請求者）の氏名を記入してください。
3. ⑨から⑪の欄は、申請書【1枚目】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。
4. ⑬の欄は、療養を受けた内容で該当するものを○で囲んでください。
5. 領収書がある場合は、写しを添付してください。

支給要件（70歳以上の方）

高額療養費の算定

高額療養費の算定は、診療月ごとに、（1）外来個人ごと、（2）外来・入院を合わせた世帯ごとの順に行われます。

また、一般所得の方の外来（個人ごと）の負担には、下表の〔 〕内の年間上限額が設けられています。

高額療養費の自己負担限度額

1. 外来個人ごと（標準報酬月額が26万円以下の場合のみ）
同じ医療機関での1人・1ヵ月の外来窓口負担額の合計が、自己負担限度額を超えたときに、超えた額が払い戻されます。
2. 世帯合算で受けられるとき
同じ世帯で1ヵ月に窓口負担額が2件以上ある場合は、金額の多少にかかわらず合計して自己負担限度額を超えたときに、超えた額が払い戻されます。
3. 多数該当で受けられるとき
同じ世帯で、直近12ヵ月間に高額療養費が支給された月数が3ヵ月以上になった場合は、4ヵ月目からは、自己負担限度額の〔多数該当〕の額を超えたときに、超えた額が払い戻されます。