

極秘

Table with columns for payment items, insurance fees, and medical expenses. Includes calculation formulas for self-payment amounts based on medical points and income levels.

健康保険 被保険者 被扶養者 高額療養費支給申請書(第 回目)(入院・通院)

(診療月 年 月分) 世帯合算 ○被保険者(申請者)の方は太枠欄に記入してください。

Main application form table with sections for insured person details, residence, medical history, and hospitalization periods.

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に記載してください。(マイナンバーを記載した場合、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。)

Table for financial institution details including bank code, branch number, and account type.

振込先を被保険者名義以外の口座に希望する場合は、下記の受取代理人欄の記載をしてください(被保険者・代理人の印は異なるものを押印してください。)

Table for designated agent information including name, address, and contact details.

社会保険労務士記載欄 (Social Insurance Labor Consultant Record Field)

<高額療養費の支払額について>

医療機関等へ支払った窓口負担額から、下表の自己負担限度額を差し引いた金額が「高額療養費」として支払われます。

所得区分	自己負担限度額	多数該当(※)の自己負担限度額
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～79万円以上	167,400円 + (医療費 - 558,000円) × 1%	【93,000円】
標準報酬月額28万円～50万円	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1%	【44,400円】
標準報酬月額26万円以下	57,600円	【44,400円】
低所得者(住民税非課税)	35,400円	【24,600円】

※多数該当・・・今回申請された診療月以前の1年間に、高額療養費として払い戻しを受けた月数が3月以上あったとき、4月目から【 】内の自己負担限度額に引き下げられます。

◎食事代や、差額ベッド代など保険適用とならないものは対象外です。

◎通院と入院は別々の扱いとなります。

1. 申請書は、診療月ごとに作成してください。
2. 外傷による傷病の場合は「負傷原因届」を添付してください。
3. 今回申請された診療月以前の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3か月分の診療月を記入してください。

診療月	1. 平・令 年 月診療分	2. 平・令 年 月診療分	3. 平・令 年 月診療分
被保険者証記号番号	—	—	—
限度額証使用の有無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無

4. 被保険者本人が市区町村民税非課税者の場合は、
下の欄に市区町村長より証明を受けるか、「(非)課税証明書」の交付を受け原本を添付してください。
(4月から7月診療分については前年度の課税に関する証明を、8月から翌年3月診療分については当年度の課税に関する証明を添付してください。)

●市町村長が証明する欄

当該被保険者には平成・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

印

～限度額適用認定証をご利用ください～

事前に高額な医療費がかかると分かっているとき、事前に限度額適用認定証を申請することで医療機関・薬局等での窓口負担が軽減されます。認定証の発行には、所定の申請書による申請が必要となります。

<70歳未満の方>

限度額適用認定証と被保険者証を医療機関等の窓口で提示することで、窓口負担が自己負担限度額までとなります。

<市区町村民税が非課税の方>

限度額適用・標準負担額減額認定証と被保険者証を医療機関等の窓口で提示することで、窓口負担が自己負担限度額までとなります。

<70歳以上の方>

高齢受給者証と被保険者証を医療機関等の窓口で提示することで、窓口負担が自己負担限度額までとなります。