

高 額 療 養 費 金
一 部 負 担 還 元 金
家 族 療 養 費 付 加
合 算 高 額 療 養 費 付 加 金

支給申請書

記入の方法は、裏面に記載されていますので、よくお読みになり必要事項を黒のボールペンで記入ください。

① 被保険者証の記号・番号				② 被保険者(請求者) 氏名と印 生年月日				昭和・平成 年 月 日生				印					
③ 被保険者(請求者)住所				〒				電話 - -									
④ 事業所所在地				〒				電話 - -									
⑤ 療養を受けた方の氏名		氏名		昭和 平成 令和 年 月 日		続柄		氏名		昭和 平成 令和 年 月 日		続柄					
⑥ 療養を受けた医療機関		名称		所在地		電話 - -		氏名		所在地		電話 - -					
⑦ 傷病名																	
⑧ ケガの場合はその原因		いつ		年 月 日(曜日)午前・午後 時頃		どこで		いつ		年 月 日(曜日)午前・午後 時頃		どこで					
				(だれが、何をして、どうしたか詳しく記入してください。)								(だれが、何をして、どうしたか詳しく記入してください。)					
⑨ 医療機関等で医療を受けた期間		診療月		年 月		診療月		年 月		診療月		年 月					
		年 月 日から		年 月 日まで		年間		年 月 日から		年 月 日まで		日間					
⑩ 入院通院等で医療機関に支払った額		入院		通院		調剤		その他		入院		通院		調剤		その他	
		円		円		円		円		円		円		円		円	
⑪ 他制度より自己負担額又はその一部の助成を受けていますか。		受けている		(費用徴収有・無)		受けている		(費用徴収有・無)		受けている		(費用徴収有・無)		受けている		(費用徴収有・無)	
		受けていない				受けていない				受けていない				受けていない			
⑫ ⑨の診療月以前の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か月分の診療月をご記入ください。																	
診療月		1：令和 年 月				2：令和 年 月				3：令和 年 月							

備考	
----	--

※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。)

⑬	本申請に基づく給付金に関する受領を次の方に委任します。 令和 年 月 日
委任状	被保険者住所 (請求者)氏名 委任された方住所 (事業主)氏名 給付金の振込先銀行 在職中の給付金は、事業所の登録口座に振込みますので、事業主に受領委任してください(捺印漏れのないようお願いいたします)。 なお、退職(資格喪失)後、被保険者(請求者)送金を希望される場合は、別途「健康保険給付金個人振込銀行登録届」の届出が必要になりますので、当組合までご連絡ください。

受付日付印

[記入上の注意]

- ②欄の被保険者が自ら署名する場合には、被保険者の捺印は不要です。
- ⑤療養を受けた方の氏名、⑥療養を受けた医療機関、⑦傷病名、⑨診療月、⑩医療機関に支払った額（保険診療分のみ）は必ず記入してください。
- 調剤分については、診療を受けた病院等で処方箋が交付され薬局で調剤を受けた場合は合算できます。
- 必ず領収書の（写）を添付してください。（調剤合算に該当する場合は、調剤分の領収書の（写）も必ず添付してください。）
- 外傷による傷病の場合、⑧欄に「いつ・どこで・だれが・何をして・どうした」等、負傷原因について詳細にご記入ください。
- 他制度から助成を受けているときはその制度名、費用徴収の有無をご記入ください。
なお、給付決定通知書等が交付されているときはその（写）を添付してください。
- 在職中の給付金は、事業所の登録口座に振込みますので、事業主に受領委任してください。（捺印を忘れないでください。）
- 退職（資格喪失）後、被保険者（請求者）送金を希望される場合は、別途「健康保険給付金個人振込銀行登録届」をご提出ください。
- 記入事項の訂正をしたときは、その箇所に訂正印を捺印してください。
- 当該被保険者が低所得者（市区町村税の非課税者等）に該当する場合は、市町村民税非課税証明書を添付してください。（自己負担限度額が軽減されます。）

[高額療養費等について]

- 高額療養費について（医療費の自己負担額が一定以上になったとき）
暦月ごと受診者ごとに、医療機関別、入院・通院別に医療費の自己負担額が一定以上になったとき（自己負担限度額を超えたとき）請求することにより高額療養費が支給されます。ただし、保険診療分に限りません。また、入院時食事療養費自己負担分は対象になりません。
イ. 暦月ごと受診者ごとに、医療機関別、入院・通院別とは、「医療費のお知らせ」の1行にあたります。
ロ. 調剤分については、診療を受けた病院等で処方箋が交付され薬局で調剤を受けた場合は合算できます。
- 合算高額療養費について（同じ世帯で合算して自己負担限度額を超えたとき）
同じ世帯で同一月に21,000円以上の自己負担が2件以上あり、合計して自己負担限度額を超えたとき、その超えた分が合算高額療養費として支給されます。
- 付加給付について（一部負担還元金・家族療養費付加金・訪問看護療養費付加金・家族訪問看護療養費付加金）
暦月ごと受診者ごとに、医療機関別、入院・通院別に医療費の自己負担額が一般51,000円以上、上位所得（標準報酬月額が53万円以上）101,000円以上になったとき請求することにより付加給付が支給されます。ただし、保険診療分に限りません。また、入院時食事療養費自己負担分は対象になりません。
イ. 付加給付算出式：
$$(\text{病院の窓口を支払った額}) - \left(\begin{array}{l} \text{一 般 } 50,000\text{円} \\ \text{上位所得 (標準報酬月額が53万円以上) } 100,000\text{円} \end{array} \right)$$

ロ. 高額療養費の支給を受けた場合はその額を控除した額が対象となります。
ハ. 調剤分については、診療を受けた病院等で処方箋が交付され薬局で調剤を受けた場合は合算できます。
ニ. 上記の算式で求められた額が1,000円未満の場合は不支給となり、100円未満を切捨てた金額を支給します。
- 時効について
保険給付を受ける権利の消滅時効は2年となっています。保険給付の申請がされなかった場合、2年が経過すると時効となり給付を受ける権利を失うことになります。
※診療月の翌月の1日から、ただし、診療費の自己負担分を診療月の翌月以後に支払ったときは、支払った日の翌日から2年以内にご申請ください。

※当組合ホームページの「業務関係情報」等も併せてご参照ください。