本人・家族・世帯合算

健康保険高額療養費支給申請書（令和　　年　　月診療分）

※記入するときは、「記入上の注意事項」をご覧ください。

① 被保険者等記号・番号			②事業所名	
③ 被保険者の氏名	フリガナ		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 フリガナ	2 フリガナ	3 フリガナ	
⑥ 療養を受けた者の生年月日	昭 平　年　月　日 令	昭 平　年　月　日 令	昭 平　年　月　日 令	
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				
⑨ 療養を受けた病院・診療所等の名称及び所在地 所在地				
⑩ ⑨の病院等で療養を受けた期間	令和　年　月　日～　日	令和　年　月　日～　日	令和　年　月　日～　日	
⑪ ⑩の期間に支払った保険診療分の金額（自己負担額）	円	円	円	
⑫ 他の公的制度により医療費の助成を受給できるかどうか	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・受けられる （制度名　　） （費用徴収の　有・無）	

⑬ 今回申請の診療月以前の1年間に当健康保険組合で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				
診療月	1 令和　年　月	2 令和　年　月	3 令和　年　月	
被保険者証の記号番号				
健康保険組合名	近畿電子産業健康保険組合	近畿電子産業健康保険組合	近畿電子産業健康保険組合	

⑭ 市区町村長が証明する欄	上記③の者には令和　　年度の市区町村民税が課されないことを証明する。 令和　年　月　日 市区町村長名　　㊞

上記のとおり申請します。

⑮ 令和　年　月　日

〒　　－

住所

近畿電子産業健康保険組合殿

フリガナ

被保険者（請求者）氏名

電話　（　　）　　－

委任状

上記保険給付金の受領を所属事業所担当者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿に委任します。

令和　年　月　日

被保険者氏名

備考	

⑤ 療養を受けた者の氏名		4 ﾌﾘｶﾞﾅ	5 ﾌﾘｶﾞﾅ	6 ﾌﾘｶﾞﾅ
⑥ 療養を受けた者の生年月日		昭 平　　年　　月　　日 令	昭 平　　年　　月　　日 令	昭 平　　年　　月　　日 令
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		令和　　年　　月　　日～　　日	令和　　年　　月　　日～　　日	令和　　年　　月　　日～　　日
⑪ ⑩の期間に支払った保険診療分の金額（自己負担額）		円	円	円
⑫ 他の公的制度により医療費の助成を受給できるかどうか		受けられない・受けられる （制度名　　） （費用の徴収の　　有 ・ 無）	受けられない・受けられる （制度名　　） （費用の徴収の　　有 ・ 無）	受けられない・受けられる （制度名　　） （費用の徴収の　　有 ・ 無）

7 ﾌﾘｶﾞﾅ	8 ﾌﾘｶﾞﾅ	9 ﾌﾘｶﾞﾅ	10 ﾌﾘｶﾞﾅ
昭 平　　年　　月　　日 令	昭 平　　年　　月　　日 令	昭 平　　年　　月　　日 令	昭 平　　年　　月　　日 令
令和　　年　　月　　日～　　日	令和　　年　　月　　日～　　日	令和　　年　　月　　日～　　日	令和　　年　　月　　日～　　日
円	円	円	円
受けられない・受けられる （制度名　　） （費用の徴収の　有 ・ 無）	受けられない・受けられる （制度名　　） （費用の徴収の　　有 ・ 無）	受けられない・受けられる （制度名　　） （費用の徴収の　　有 ・ 無）	受けられない・受けられる （制度名　　） （費用の徴収の　　有 ・ 無）

負傷原因について

⑯ 発病または負傷の原因および状況を詳しく記入してください	発生日時	令和　　年　　月　　日	
	場　所		
	なにをしていて		
		私用・通勤の行き帰り・仕事中	
	どのように負傷したか		
		第三者に行為によるものですか	は い ・ い い え

記 入 上 の 注 意 事 項

1　申請書は暦月（1日から末日まで）ごとに1ヶ月単位で作成してください。

2　⑤から⑫欄は70歳未満の被保険者、被扶養者に関して、同一月に医療機関別、入院・通院別に21,000円以上の自己負担額が複数ある場合にはそれぞれ記入してください。高齢受給者（70歳到達日（誕生日の前日）の翌月1日から74歳まで）の被保険者、被扶養者に関しては、すべての自己負担額について同一月ごとに医療機関別、入院・通院別に記入してください。

3　⑪欄は、病院等で支払った額のうち、保険診療による自己負担額を記入してください。入院時の食事療養費の自己負担分や室料差額、文書料、歯科の材料差額等保険診療とならないものは除きます。

4　⑧欄での傷病がケガ（負傷）の場合は、負傷原因について（⑯欄）に記入してください。

5　⑫欄は他の公的制度により医療費の自己負担相当額またはその一部の支給を受けられる場合には、受けられるを〇で囲み、その制度名を記入してください。

6　療養費払いにかかる高額療養費の支給申請は、その療養費の支給申請書と併せて提出してください。

7　マイナ保険証等を医療機関に提出し、窓口ですでに自己負担限度額までの支払いで済んでおられる場合は、この申請書は不要です。ただし、転院等で多数回の限度額適用を受けることができなかった場合や、限度額適用を受けた診療以外に、世帯合算の対象となる診療を受けた場合などはこの申請書を提出してください。

8　訂正したときは、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容を記入のうえ、訂正者の氏名を記入してください。
なお、押印している場合は、上記の方法による訂正または押印した印による訂正のどちらかをしてください。

添　付　書　類

1　保険診療の自己負担額がわかる領収書のコピー（無くてもかまいません。）

2　⑫欄で費用負担がある場合は有を〇で囲んで、負担された額を証する領収書等を添付してください。この徴収費用は世帯合算となることがあります。

3　市区町村民税が非課税の方は、申請書の⑭欄に市区町村長の証明を受けるか、または非課税証明書を添付してください。4月から7月診療分は前年度の、8月から翌年3月診療分については当年度の非課税証明が必要です。

4　被保険者または被扶養者が療養のあった月の属する年度において生活保護を受けている場合は、療養月以前に福祉事務所で決定された保護開始決定通知書、保護変更決定通知書の写し（事業主、福祉事務所、民生委員の原本証明を受けたもの）を添付してください。

5　自己負担限度額が低所得者区分の適用を受けることにより生活保護を要しない方は、「限度額適用・標準負担額減額認定該当」と記載された保護申請却下通知書もしくは保護廃止決定通知書の写し（事業主、福祉事務所、民生委員の原本証明を受けたもの）を添付してください。

6　被保険者が亡くなられた場合、法定相続人が申請することができます。この場合、⑮欄は請求者の氏名になります。
また、法定相続人であることが確認できる戸籍謄本等を添付してください。

高額療養費の支給要件等

1 同じ医療機関で1ヶ月に窓口で支払った保険診療による自己負担額が自己負担限度額を超えた場合、超えた分が高額療養費として支給されます。

2 入院時の食事療養費の自己負担分や室料差額、文書料、歯科の材料差額等保険診療とならないものは対象となりません。

3 自己負担額は、各人1人ごと、同一人でも医科・歯科別、入院、通院別に作成された診療報酬明細書等（レセプト）1件ごとに算定します。
1ヶ月とは診療月（暦月）ごとという意味で、例えば、4月20日から5月15日まで受診した場合のレセプトは4月診療分と5月診療分の2件になります。

4 合算高額療養費・・・同一世帯（被保険者と被扶養者）で同一月に21,000円以上の自己負担（70歳以上の方はすべての自己負担額）が複数あるときは、合算して自己負担限度額を超えた場合、高額療養費の支給対象となります。

5 多数回該当・・・診療月以前12ヶ月間に、同一世帯ですでに3ヶ月以上高額療養費に該当する場合、自己負担限度額4ヶ月目から軽減された一定額になります。

6 75歳到達時特例対象療養・・・後期高齢者医療制度に加入する75歳到達月の自己負担限度額は下表の約2分の1の額となります。

≪自己負担限度額表≫

〇70歳未満の方

区分	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	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（市区町村民税非課税者）	35,400円	【 24,600円】

〇70歳以上の方

区分			自己負担限度額	
			外来（個人ごと）	世帯単位（入院含む）
現役並み所得者	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		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		18,000円 （年間14.4万円上限）	57,600円【44,400円】
低所得者 （市区町村民税非課税）		Ⅱ	8,000円	24,600円
		Ⅰ（年金収入80万円以下など）		15,000円

＊【　】内は多数回該当（直近1年間に4回以上高額療養費該当の場合）の自己負担限度額

＊上位所得者、現役並み所得者は診療月の標準報酬月額で判定されます。

＊低所得者は、市区町村民税非課税者である被保険者とその被扶養者、または低所得者区分の限度額適用を受けることにより生活保護を必要としない被保険者とその被扶養者

（注）低所得者の要件に該当する場合であっても、上位所得者（70歳以上は現役並み所得者）に該当する場合は上位所得者（70歳以上は現役並み所得者）の自己負担限度額が適用されます。