

◎記入方法および添付書類については、「記入上の注意事項」・「添付書類」をご覧ください。

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	① 被保険者等	⑦ 記号		② 被保険者 (申請者)の	⑦ 氏名	(フリガナ)	
		① 番号			① 生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	
	③ 被保険者(申請者) の 現 住 所		〒 ー		TEL () ー 携帯 () ー		
	④ 被保険者が勤務する (していた)事業所の名称						
	⑤ 70歳以上の方で過去1年間に次に掲げる事項に該当された方は、番号を○で囲んでください。 1 健康保険限度額適用・標準負担額減額認定を受けている方 2 一部負担金の割合について、健康保険高齢受給者基準収入額適用申請により変更となっている方						
	⑥ 療養を受けた 方の氏名・ 生年月日およ び被保険者 との続柄		⑦ 氏名				
			① 生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日	
			⑦ 続 柄				
	⑦ 傷 病 名						
	※外傷性のもの(骨折・損傷など)、腰部・頸椎疾患の場合は初回申請時のみ負傷原因記入欄(⑩欄)を記入してください。						
組 合 記 入 欄	⑧ 療養を受けた 病院等の		⑦ 名 称				
			① 所在地				
	⑨ ⑧の病院等で療養を 受けた期間		年 月 日～ 日 (日間) 入院・その他	年 月 日～ 日 (日間) 入院・その他	年 月 日～ 日 (日間) 入院・その他		
	⑩ ⑨の期間に受けた療養に 対し病院等で支払った額 (自己負担額)		円 (円)	円 (円)	円 (円)		
	⑪ 他の公的制度により自己 負担相当額または、その 一部の支給を受けられ るかどうか		1. 受けられる (制度名) (費用徴収の 有・無) 2. 受けられない	1. 受けられる (制度名) (費用徴収の 有・無) 2. 受けられない	1. 受けられる (制度名) (費用徴収の 有・無) 2. 受けられない		
	⑫ 今回申請の受診月(診療月) 以前1年間に3回以上高額 療養費の支給を受けた(申 請中を含む)場合、その直近 3回分の診療月、被保険者 の記号・番号および限度額 適用認定証(限度額適用・標 準負担額減額認定証)使用		⑦ 診 療 月	1. 年 月診療分	2. 年 月診療分	3. 年 月診療分	
			① 被保険者証の 記号・番号				
		⑦ 限度額適用認定証(限度 額適用・標準負担額減額 認定証)使用の有無	有・無	有・無	有・無		
証 明 書 の 種 類		海外表示	第三者行為	単独・合算の別	多数該当の有無	そ の 他	
1. 26万円以下(一般) 3. 53万～79万円 2. 28万～50万円 4. 83万円以上 (現役並み) 5. 非課税等		1. 国内 2. 海外	1. 無 2. 有	1. 単独 2. 合算	1. 無 2. 有		

⑬ 市区町村長が証明する欄	②の被保険者は 年度の市区町村民税が課されないことを証明する。 年 月 日 市区町村長名
------------------	--

※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受けてください。

確認欄	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。
☐	① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。
	② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

年 月 日提出

受付日付印

次ページに委任状欄・負傷原因記入欄があります。

受 取 代 理 人 の 欄	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。		
	年 月 日		
	⑭ 被保険者(申請者) の 氏 名		
	⑮ 代 理 人 の	⑦ 事業所名称	内
		① 氏 名	

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	⑯ 負傷原因記入欄 傷病名が外傷性のもの(骨折・損傷など)、腰部・頸椎疾患の場合は、記入または該当するものに○を打ってください。 ※初回申請時のみ記入してください。		
	対 象 者		傷 病 名
	1. 負傷した日時はいつですか。 年 月 日 (曜日) 午前・午後 時 分頃 2. 負傷した時間帯は次のうちどれですか。 出勤前・通勤途中(出勤時・帰宅時)・勤務中・出張中・休憩中・帰宅後 休日(定休日・有給休暇 など)・ その他() 3. 負傷した場所はどこですか。 会社内・工場内・道路上・営業先・自宅・その他() 4. 負傷した状況(原因)を具体的に記入してください。 5. 第三者の行為による負傷ですか。 いいえ・はい(相手のいる負傷の場合は別途「第三者行為による傷病届」の提出が必要です。) 6. 現在も治療を受けられていますか。 はい・いいえ(「いいえ」の場合 年 月 治療終了)		

社会保険労務士の 提 出 代 行 者	
-----------------------	--

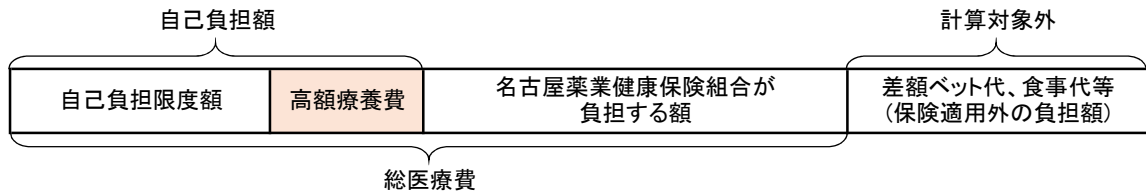
被保険者等記号番号を記入した場合は、マイナンバーの記載は不要です。
(マイ ナン バ ー に よ り 申 請 す る 場 合 は 、
この欄に記載してください。)

高額療養費の支給申請について

①支給を受ける条件

同一月(1日から末日まで)に医療機関等の窓口で支払った②高額療養費の対象となる自己負担額の世帯(被保険者とその被扶養者)での合計が③自己負担限度額を超えた場合に、超えた額が高額療養費として支給されます。

※自己負担限度額は、保険診療分に係るもののみであり、食事療養費・差額ベット等の自費分は除きます。



②高額療養費の対象となる自己負担額

・70歳未満の方が医療機関等の窓口で支払った自己負担額を次の①～⑦の項目ごとに区分した結果、1つの区分で21,000円以上のもの

①受診月(診療月)ごと	②受診者ごと	③医療機関ごと	④医科と⑤歯科の別ごと
⑥入院と⑦外来の別ごと(調剤薬局での自己負担額は処方箋を発行した医療機関の自己負担額に含まれます)			

・70歳～74歳の方が支払った自己負担額

③自己負担限度額(令和8年8月受診分より) ※令和8年7月受診分までの自己負担限度額は当組合のHPをご確認ください。

70歳未満の方

所得区分		自己負担限度額	年間上限	多数回該当(※5)
ア	標準報酬月額 83万円以上	$270,300円 + (\text{総医療費}(\text{※1}) - 901,000円) \times 1\%$	1,680,000円	140,100円
イ	標準報酬月額 53万円～79万円	$179,100円 + (\text{総医療費}(\text{※1}) - 597,000円) \times 1\%$	1,110,000円	93,000円
ウ	標準報酬月額 28万円～50万円	$85,800円 + (\text{総医療費}(\text{※1}) - 286,000円) \times 1\%$	530,000円	44,400円
エ	標準報酬月額 26万円以下	61,500円	530,000円	44,400円
オ	低所得者(※2)	36,900	290,000円	24,600円

70歳以上の方

所得区分		自己負担限度額			年間上限	多数回該当(※5)
		外来(個人単位)	外来+入院(世帯単位)			
Ⅲ	標準報酬月額 83万円以上	$270,300円 + (\text{総医療費}(\text{※1}) - 901,000円) \times 1\%$			1,680,000円	140,100円
Ⅱ	標準報酬月額 53万円～79万円	$179,100円 + (\text{総医療費}(\text{※1}) - 597,000円) \times 1\%$			1,110,000円	93,000円
Ⅰ	標準報酬月額 28万円～50万円	$85,800円 + (\text{総医療費}(\text{※1}) - 286,000円) \times 1\%$			530,000円	44,400円
一般	標準報酬月額 26万円以下	22,000円 (年間上限216,000円)	61,500円		530,000円	44,400円
低所得者Ⅱ(※3)		11,000円 (年間上限96,000円)	25,700円		290,000円	24,600円
低所得者Ⅰ(※4)		8,000円	15,700円		180,000円	

※1総医療費 医療機関の窓口で支払った額ではありません。保険が適用される診察や治療に要した費用の総額です。

※2低所得者 市区町村民税の非課税者である被保険者とその被扶養者等
低所得者区分を適用するには市区町村民税の非課税者であることがわかる証明が必要になります。
(注)低所得者の要件に該当した場合でも、上位所得者に該当する場合は上位所得者の自己負担限度額が適用されます。

※3低所得者Ⅱ 市区町村民税の非課税者である被保険者とその被扶養者等
低所得者区分を適用するには市区町村民税の非課税者であることがわかる証明が必要になります。

※4低所得者Ⅰ 被保険者および被扶養者のすべてが、収入から必要経費・控除額を引いた後の所得がない場合の被保険者とその被扶養者等
(注)低所得者Ⅱまたは低所得者Ⅰの要件に該当した場合でも、所得区分Ⅰ～Ⅲに該当する場合は、各所得区分の自己負担限度額が適用されます。

※5多数回該当 受診月(診療月)以前から1年間に3回以上高額療養費の支給を受けた(受けられる)場合は、多数回該当となり4回目から自己負担額が軽減されます。

・高額療養費は、医療機関等から提出される診療報酬明細書に基づいて支給決定いたしますので、お支払いは診療を受けた月から3カ月以降となります。
・健康保険給付を受ける権利は、受けることができるようになった日の翌日(消滅時効の起算日)から2年で時効になります。高額療養費の消滅時効の起算日は、受診月(診療月)の翌月1日です。

【記入上の注意事項】

1. 被保険者等記号・番号(①欄)は、①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書のいずれかでご確認ください。
2. 申請書は受診月(診療月)ごとに作成してください。
3. ⑥欄～⑪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円を超える自己負担が複数ある場合には、それぞれ記入してください。70歳以上の被保険者、被扶養者に関しては、同一月に医療機関別、入院・通院別にそれぞれ記入してください。
4. ⑦欄は、傷病名が外傷性のもの(骨折・損傷など)、腰部・頸椎疾患の場合は、初回申請時のみ負傷原因記入欄(⑩欄)を記入してください。
5. ⑩欄は、病院等で支払った額のうち、保険診療分に係るもののみを記入してください。ただし、その額が明確でないときは病院等で支払った金額を()内に記入してください。なお、⑪欄において費用徴収が「有」の場合は、当該徴収された費用の額を記入してください。
6. ⑪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かどうかについて該当する方に○印をつけ、受けられる場合は具体的な制度名を医療証等に記載されている名称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。
7. ⑫欄は、今回申請の受診月(診療月)以前1年間に、高額療養費の支給を3回以上受けた(申請中を含む)ことがある場合に、直近の3回分についてそれぞれ記入してください。

【添 付 書 類】

1. 市区町村民税が非課税の方は、申請書に市区町村長から非課税であることの証明を受けるか、別に非課税証明書を添付。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受けてください。
※ 同一年度(8月から翌年7月までの間)内において、すでに非課税証明書を提出している場合は、同一年内の申請に際して、非課税証明書の添付は不要です。
 2. 療養費払いに係る高額療養費の支給申請は、その療養費の支給申請と併せて行ってください。
 3. 被保険者の方が亡くなられ、被扶養者でないご家族の方が申請する場合、被保険者の方との続柄がわかる「除籍謄本」の写し等
- ※ 支給決定上必要と認められる場合は、領収書の写しなどの書類をご提出いただく場合があります。

事前に申請することで、保険医療機関、保険薬局等での窓口負担が軽減されます

- 70歳未満の低所得者以外の方・70歳以上の所得区分「Ⅰ」「Ⅱ」の方
事前に「健康保険限度額適用認定申請書」を申請することにより発行される「健康保険限度額適用認定証」と被保険者証を併せて保険医療機関、保険薬局等の窓口に表示することで、窓口での負担は自己負担限度額までとなります。
- 市区町村民税が非課税などによる低所得者の方
事前に「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書」を申請することにより発行される「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証」と被保険者証を併せて保険医療機関、保険薬局等の窓口に表示することで、窓口での負担は自己負担限度額までとなります。
- ※ 70歳以上の所得区分「Ⅰ」「Ⅱ」以外の方は「高齢受給者証」で窓口負担が自己負担限度額までとなります。