

|            |         |              |                |  |    |  |                |   |                |   |      |      |              |    |
|------------|---------|--------------|----------------|--|----|--|----------------|---|----------------|---|------|------|--------------|----|
| 組合が記入するところ | 支給決定決議書 | A+B<br>支給決定額 |                | 百万   | 十万 | 万  | 千              | 百 | 十              | 円 | 月額   | 千円   | 支給決定<br>整理番号 | —  |
|            |         | 高額療養費<br>A   | 円              | 内訳A( )× = [ ]は多数該当<br>( )× =<br>( )× =<br>(上位所得者) -{150,000+( -500,000)× 1%} -500,000)× 1%<br>-[83,400]<br>(一般) -{80,100+( -267,000)× 1%} -267,000)× 1%<br>-[44,400] |    |  |                |   |                |   |      |      |              |    |
|            |         |              |                | 付加金<br>B   | 円  | 内訳B<br>(上位所得者) -A-[( -500,000)× 1%]-95,000× 件-端数額<br>(1,000円未満)<br>(一般) -A-[( -267,000)× 1%]-45,000× 件-端数額<br>(1,000円未満) |                |   |                |   |      |      |              |    |
|            |         | 診療実日数        | 入院<br>外来<br>調剤 |  |    | 日  | 入院<br>外来<br>調剤 | 日 | 入院<br>外来<br>調剤 | 日 | 常務理事 | 業務局長 | 部長           | 課長 |

健康保険 高額療養費・家族高額療養費・合算高額療養費 支給申請書  
家族療養費付加金・合算高額療養費付加金

|  |   |   |                        |   |                         |   |                 |
|--|---|---|------------------------|---|-------------------------|---|-----------------|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>が<br>記<br>入<br>す<br>る<br>と<br>こ<br>ろ | ① 診療月   | 平成 年 月 診療分  | ② 被保険者証<br>記号・番号       | —   | ③ 被保険者<br>(申請者)<br>氏名と印 | (フリガナ)  |                 |
|  | ④ 被保険者<br>(申請者)<br>住所                             | 〒   | ⑤ 事業所<br>の<br>所在地      | 名称  |                         |   |                 |
|  | ⑥ 療養を受けた方の<br>氏名生年月日および<br>被保険者との続柄               | 氏名 [続柄]   | 氏名 [続柄]                | 氏名 [続柄]   | 生年 S 年 月 日 ( 歳)         | 生年 S 年 月 日 ( 歳)   | 生年 S 年 月 日 ( 歳) |
|  | ⑦ 傷病名   |   |                        |   |                         |   |                 |
|  | ⑧ 療養を受けた<br>病院等の名称<br>および所在地                      | 名称  | 所在地                    |   |                         |   |                 |
|  | ⑨ 病院等で療養を<br>受けた期間                                | 年 月 日 から ( 日間)<br>日 まで                                  | 年 月 日 から ( 日間)<br>日 まで | 年 月 日 から ( 日間)<br>日 まで                                  |                         |   |                 |
|  | ⑩ 「健康保険限度額<br>適用認定証」を提示<br>されましたか<br>(○印を付けてください) | 提示した ・ 提示していない  |                        | 提示した ・ 提示していない  |                         | 提示した ・ 提示していない  |                 |
|  | ⑪ ⑨の期間に受けた<br>療養に対し病院等<br>で支払った額<br>(自己負担額)       | 円   |                        | 円   |                         | 円   |                 |
|  | ⑫ 市区町村からの<br>医療費の助成制度を<br>受けていますか<br>(○印を付けてください) | 1 受けている<br>(助成額の支払明細書を添付)<br>2 当組合より受給後、受ける<br>3 受けていない |                        | 1 受けている<br>(助成額の支払明細書を添付)<br>2 当組合より受給後、受ける<br>3 受けていない |                         | 1 受けている<br>(助成額の支払明細書を添付)<br>2 当組合より受給後、受ける<br>3 受けていない |                 |
|  | ⑬ 入院・外来等の別<br>(○印を付けてください)                        | 入院 ・ 外来 ・ 調剤 ・ その他                                      |                        | 入院 ・ 外来 ・ 調剤 ・ その他                                      |                         | 入院 ・ 外来 ・ 調剤 ・ その他                                      |                 |
|  | ⑭ 診療科は何科で<br>受けましたか                               | 科   |                        | 科   |                         | 科   |                 |

※ 在職中の方は、事業所への振込みとなりますので、事業所の健保口座名義人へ受取りを委任してください。

|             |                                    |                  |                 |
|-------------|------------------------------------|------------------|-----------------|
| 委<br>任<br>状 | 私は下記の者を代理人と定め本請求に基づく給付金の受領方を委任します。 |                  | 平成 年 月 日 提出     |
|             | 住所                                 | 被保険者<br>(申請者) 氏名 | 東日本プラスチック健康保険組合 |
|             | 所在地                                | 代理人 事業所          | 受付年月日           |
|             | 氏名                                 |                  |                 |

※ 下欄は、会社を退職した方のみご記入ください。

|        |          |                |          |          |
|--------|----------|----------------|----------|----------|
| 支払金融機関 | 銀行<br>金庫 |                | 本店       | 出張所      |
|        | 預金<br>種別 | 1. 普通<br>2. 当座 | 口座<br>番号 | 口座<br>名義 |

※ この申請書を記入するまえに、裏面の記入上の注意事項をよく読んでください。

**1. 高額療養費・家族高額療養費について**

医療機関や薬局の窓口で支払った額が、暦月(月の初めから終わりまで)で一定額(自己負担限度額)を超えた場合に、その超えた金額を「高額療養費」(被扶養者の場合は「家族高額療養費」)として支給されます。

**2. 高額療養費・家族高額療養費の「自己負担額」について**

- (1) 保険医療機関等の窓口で支払った保険診療にかかる自己負担額に限られます。差額ベット代等の保険外負担額や、入院したときの食事療養費等の負担額は自己負担額の対象外です。
- (2) 自己負担額は受診者別、医療機関別、医科・歯科別、入院・通院(通院の場合は調剤分との合算)別にそれぞれ算出されます。

**3. 世帯合算高額療養費について**

同一世帯で同一月に被保険者と被扶養者それぞれの21,000円以上の自己負担額(70歳以上の方は受診者別、入院・通院別に全ての自己負担額)を合算した額が自己負担限度額を超えたときは、超えた額が高額療養費として支給されます。

**4. 高額療養費・家族高額療養費・合算高額療養費の「自己負担限度額」(1ヵ月の負担の上限額)について**

**【70歳未満の方の場合】**

| 所得区分                | 1ヵ月の負担の上限額                  | ➔ 多数該当の場合 |         |
|---------------------|-----------------------------|-----------|---------|
| 上位所得者(月収53万円以上の方など) | 150,000円+(総医療費-500,000円)×1% |           | 83,400円 |
| 一般                  | 80,100円+(総医療費-267,000円)×1%  |           | 44,400円 |
| 低所得者(住民税非課税の方)      | 35,400円                     |           | 24,600円 |

**【70歳以上の方の場合】**

| 所得区分               | 外来<br>(個人ごと)                            | 1ヵ月の負担の上限額 | ➔ 多数該当の場合 |                                  |
|--------------------|---|------------|-----------|----------------------------------|
|                    |   |            |           | 現役並み所得者<br>(月収28万円以上などの窓口負担3割の方) |
| 一般                 | 12,000円                                 | 44,400円    |           |                                  |
| 低所得者<br>(住民税非課税の方) | Ⅱ(I以外の方)                                |            |           | 24,600円                          |
|                    | I(年金収入のみの方の場合、年金受給額80万円以下など、総所得金額がゼロの方) | 8,000円     | 15,000円   |                                  |

- ※ 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。
- ※ 多数該当  
診療月を含む12ヵ月間に3回以上の高額療養費の支給を受けた(受けられる)場合は、4回目から自己負担限度額が軽減されます。

**5. 家族療養費付加金・合算高額療養費付加金について**

受診者別、医療機関別、医科・歯科別、入院・通院(通院の場合は調剤分との合算)別にそれぞれ1人1ヵ月ごとの医療費自己負担額から以下の額を控除した額が支給されます。

| 所得区分                | 自己負担額から控除する額                             |
|---------------------|--|
| 上位所得者(月収53万円以上の方など) | 家族(合算)高額療養費+95,000円+{(総医療費-500,000円)×1%} |
| 一般                  | 家族(合算)高額療養費+45,000円+{(総医療費-267,000円)×1%} |

- ※ 他の法令の規定により、国又は地方公共団体の負担で支給又は療養があったときは、その額を自己負担額から控除されます。
- ※ 1,000円未満の端数があるときは、その端数を切り捨てた額となります。

**<記入上の注意事項>**

- 申請書は診療月ごとに作成してください。
- ⑥欄～⑭欄は70歳未満の被保険者・被扶養者の場合は、同一月に医療機関別、入院・通院別(通院の場合は調剤分との合算)に21,000円を超える自己負担が複数ある場合には、医療機関別、入院・通院・薬局(院外処方)別に記入してください。70歳以上の被保険者・被扶養者の場合は、同一月に医療機関別、入院・通院・薬局(院外処方)別にそれぞれ記入してください。
- ⑪欄の病院等に支払った額は、保険診療分に係るものについてのみ記入し、保険外診療分は除いてください。
- 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は、高額療養費は支給されません。

**<添付書類について>**

- 市区町村民税非課税または生活保護の場合、下記のいずれかを添付してください。
  - 療養のあった月の属する年度分の市区町村民税が課税されない方にあつては、市区町村長の課税に関する証明書
    - ※ 4月から7月診療分については前年度、8月から翌年3月診療分については当年度になります。
    - ※ 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、同一年度内の申請に際して、非課税証明書の添付は不要です。
  - 療養のあった月において生活保護法による保護を受けている方にあつては、事業主、民生委員または福祉事務所長が原本証明した保護開始決定通知書、保護変更決定通知書又は保護廃止決定通知書の写
- 被保険者が亡くなられ、ご遺族の方が請求する場合、法定相続人であることの「申立書」及び被保険者との続柄がわかる「除籍謄本」等を添付してください。

**<留意事項>**

○支給決定まで診療月後3ヵ月以上かかります  
 医療機関等から医療費の請求が届くのが、診療月の翌々月であるため、高額療養費・付加金支給決定処理は、早くて診療月の3ヵ月後になります。  
 (例)4月分医療費→6月中旬健保に送達→資格確認等点検処理→7月中旬支給決定開始