

組合が記入するところ	支給決定決議書	A+B 支給決定額	百万	十万	万	千	百	十	円	月額	千円	支給決定 整理番号	—											
		高額療養費 A	円	内訳A () × = () × = () × = (ア) -252,600 - { (-842,000) × 1% } [-140,100] (イ) -167,400 - { (-558,000) × 1% } [-93,000] (ウ) -80,100 - { (-267,000) × 1% } [-44,400] (エ) -57,600 [-44,400] []は多数該当																				
		付加金 B	円	内訳B (1,000円未満切り捨て) (ア) -A - { (-842,000) × 1% } - 197,000 × 件 (イ) -A - { (-558,000) × 1% } - 112,000 × 件 (ウ) -A - { (-267,000) × 1% } - 45,000 × 件 (エ) -A - 40,000 × 件																				
		診療実日数	入院 外来 調剤	日	入院 外来 調剤	日	入院 外来 調剤	日	<table border="1"> <tr> <td>常務理事</td> <td>業務局長</td> <td>部長</td> <td>課長</td> <td>係長</td> <td>係</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>						常務理事	業務局長	部長	課長	係長	係				
常務理事	業務局長	部長	課長	係長	係																			

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 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 診療月	平成 年 月	② 被保険者証 記号・番号	—	③ 被保険者 (申請者) 氏名・印	(フリガナ) Ⓡ	
	④ 被保険者 (申請者) 住所	〒 日中連絡の取れる電話番号 ()			⑤ 事業所 の名称		
	⑥ 受診者の氏名・生年月 日・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 療養を受けた医 療機関・薬局の 名称 所在地						
	⑧ 傷病名						
	⑨ 療養を受けた期間	平成 年 月 日 から 日 まで		平成 年 月 日 から 日 まで		平成 年 月 日 から 日 まで	
	⑩ 入院外来の別 (○印を付けてください)	1. 入院 2. 外来・その他		1. 入院 2. 外来・その他		1. 入院 2. 外来・その他	
	⑪ 診療科 (○印を付けてください)	1. 医科(歯科以外) 2. 歯科		1. 医科(歯科以外) 2. 歯科		1. 医科(歯科以外) 2. 歯科	
	⑫ 支払った額のうち、保険 診療分の金額 (自己負担額)	円		円		円	
	⑬ 限度額適用認定証を (○印を付けてください)	1. 提示した 2. 提示していない		1. 提示した 2. 提示していない		1. 提示した 2. 提示していない	
	⑭ 他の公的制度から、医 療費の助成を受けてい ますか (○印を付けてください)	1. 受けている (制度名:) 2. 健保組合より受給後、受ける 3. 受けていない		1. 受けている (制度名:) 2. 健保組合より受給後、受ける 3. 受けていない		1. 受けている (制度名:) 2. 健保組合より受給後、受ける 3. 受けていない	

※ 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 任 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	東日本プラスチック健康保険組合
	被保険者 (申請者) 氏名	受付年月日
代理人 事業所 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 金庫	本店 出張所 支店 営業所
	預金 種別	口座 名義
	1. 普通 2. 当座	口座 番号

◎ 記入方法および添付書類等については、別紙を確認してください。

傷病原因について(回答) ※初回申請時のみ記入してください

記号		番号	
該当者氏名			

【負傷日時・場所等】 該当するものに○をしてください。

1. いつケガ(負傷)をしましたか。	平成 年 月 日 (曜日)	AM PM	時 分
2. ケガ(負傷)をしたのは次の日のうちどの日でしたか。	出勤日 ・ 休日(定休日・休暇含む) ・ その他()		
3. ケガ(負傷)をした時は次のうちの時間帯でしたか。	勤務時間中・通勤途中(出勤・退勤)・出張中・私用・その他() ※パート・アルバイト等も勤務時間中・通勤途中に含みます。		
4. ケガ(負傷)をした場所はどこでしたか。	会社内 ・ 道路上 ・ 自宅 ・ その他()		
5. ケガ(負傷)をした原因は何ですか。	交通事故 ・ スポーツ中(職場の行事) ・ スポーツ中(私用) 動物による負傷(飼い主有) ・ 動物による負傷(飼い主無) ・ その他		
6. 「上記5」にあてはまる原因がある場合、あなたは被害者ですか、加害者ですか。	相手 無 ・ 有 (あなたは被害者 ・ あなたは加害者) ※相手のいる負傷の場合は、「第三者行為による傷病届」が必要となります。		
7. 診療を受けた医療機関名とその期間	(医療機関)	平成 年 月 日から	
		平成 年 月 日まで	
	(医療機関)	平成 年 月 日から	
		平成 年 月 日まで	
8. 負傷したときの状況(原因)を具体的に記入してください。		

高額療養費・付加金支給申請書の記入方法・添付書類及び注意事項等

- ① 申請書は、月(1日から末日)を単位にご記入ください。月をまたいだり、複数月を記入しての申請はできません。
- ② 受診者ごとに、医療機関・調剤薬局等、医科・歯科、入院・通院に分けてご記入ください。
- ③ ⑫欄は、医療機関等で支払った額のうち保険診療分の金額(差額ベット代などの保険外負担額や入院時の食事負担額などを除いた額)を記入してください。
- ④ ⑭欄で「1.受けている」の場合は、「助成額の支払明細書(写し)」「医療機関の領収書(写し)」等を添付してください。
例:市区町村等が独自に実施する医療費助成事業(こども・ひとり親家庭・障害者・難病・慢性疾患・妊産婦・老人 など)
- ⑤ 事業所に在籍中の者は、委任状を記入、捺印してください。(押印の省略不可)
- ⑥ 傷病の原因が負傷(ねんざ・打撲・骨折・擦傷・打ち身の場合)の場合は、上記「傷病原因について(回答)」を必ず記入・添付してください。
- ⑦ 第三者行為による傷病の場合は、「第三者行為による傷病届」の提出が必要になります。詳しくは健保組合にお問い合わせください。
- ⑧ 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「戸籍謄本」等を添付してください。(申立書は健保組合にお問い合わせください)
- 高額療養費・付加金は、医療機関等から提出される診療・調剤報酬明細書(レセプト)をもとに金額を決定します。レセプトが健保組合に届くまで最短で3か月かかるため、支給決定には診療月から4か月以上かかります。
- ◎ 業務上あるいは通勤途上の事故や災害により病気やケガをしたときは、労災保険の扱いとなります。
- ◎ 第三者の行為による災害・事故によりケガをしたときは、相手側の損害保険による支払が優先されます。

★「限度額適用認定証」を被保険者証と併せて医療機関等の窓口へ提出すると、窓口での1か月の自己負担が自己負担限度額までとなり、高額療養費を申請する手間が省けます。
ただし、合算及び付加金は申請が必要です。多数該当も申請が必要な場合があります。

● 低所得者の添付書類および支給要件等については、別紙を確認してください。 東日本プラスチック健康保険組合

高額療養費・付加金の支給要件

① 支給を受ける条件

同一月(1日から月末まで)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・付加金として支給されます。

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下記(1)～(5)に当てはめ、21,000円以上のもの
 - (1)月ごと (2)受診者ごと (3)医療機関ごと (4)医科・歯科ごと
 - (5)入院・外来ごと[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 高額療養費の自己負担限度額

年齢と所得区分により自己負担限度額が異なります。

- 70歳未満の方

所得区分	自己負担限度額	多数該当
区分ア (標準報酬月額 83万円以上)	252,600円+(医療費-842,000円)×1%	140,100円
区分イ (標準報酬月額 53万～79万円)	167,400円+(医療費-558,000円)×1%	93,000円
区分ウ (標準報酬月額 28万～50万円)	80,100円+(医療費-267,000円)×1%	44,400円
区分エ (標準報酬月額 26万円以下)	57,600円	44,400円
区分オ (低所得者 [住民税非課税かつ標準報酬月額 50万円以下])	35,400円	24,600円

- 70歳～74歳の方(高齢受給者) (平成30年7月診療分まで)

所得区分に加えて、外来(個人ごと)と、同一世帯単位でそれぞれ自己負担限度額が異なります。

所得区分	自己負担限度額		
	外来 (個人ごと)	同一世帯単位 外来や入院の合計(世帯単位)	多数該当
①現役並み所得者(標準報酬月額28万円以上で高齢受給者証の負担割合が3割)	57,600円	80,100円+(医療費-267,000円)×1%	44,400円
②一般所得者(①③④以外)	※14,000円	57,600円	44,400円
③低所得者Ⅱ(住民税非課税)	8,000円	24,600円	-
④低所得者Ⅰ(③で所得が一定基準以下)	8,000円	15,000円	-

- 70歳～74歳の方(高齢受給者) (平成30年8月診療分から)

所得区分	自己負担限度額		
	外来 (個人ごと)	同一世帯単位 外来や入院の合計(世帯単位)	多数該当
①標準報酬月額 83万円以上(現役並み)	252,600円+(医療費-842,000円)×1%		140,100円
②標準報酬月額 53万円～79万円(現役並み)	167,400円+(医療費-558,000円)×1%		93,000円
③標準報酬月額 28万円～50万円(現役並み)	80,100円+(医療費-267,000円)×1%		44,400円
④標準報酬月額 26万円以下(一般)	※18,000円	57,600円	44,400円
⑤低所得者Ⅱ(住民税非課税)	8,000円	24,600円	-
⑥低所得者Ⅰ(所得が一定基準以下)	8,000円	15,000円	-

※基準日(7月31日)時点の所得区分が一般又は低所得者に該当する場合、計算期間(前年8月1日～7月31日)のうち、一般又は低所得者区分であった月の外来療養の自己負担額の合計が144,000円を超えた額が支給されます。

◎差額ベット代などの保険外負担額や入院時の食事負担額は自己負担額には含まれません。

◎医療費とは、健康保険が適用される医療費の総額(10割の額)です。

◎多数該当とは、高額療養費の支給を受けた月が1年間(直近12か月)で3か月以上あったとき、4か月目から多数該当といい、自己負担限度額が軽減されます。

なお、70歳から74歳の方で外来による高額療養費については、多数該当の回数に含まれません。

④ 家族療養費付加金・合算高額療養費付加金について

公的制度から医療費の助成を受け、窓口負担が減額されている方等はその額を自己負担額から控除されます。

所得区分	自己負担額から控除する額(支給額は1,000円未満切り捨て)
標準報酬月額 83万以上	家族(合算)高額療養費+[197,000円+(医療費-842,000円)×1%]×件数
標準報酬月額 53万～79万円	家族(合算)高額療養費+[112,000円+(医療費-558,000円)×1%]×件数
標準報酬月額 28万～50万円	家族(合算)高額療養費+[45,000円+(医療費-267,000円)×1%]×件数
標準報酬月額 26万円以下・低所得者	40,000円×件数

低所得者の添付書類について

■ 住民税非課税などで所得区分が低所得者になる方について（初回は必ず添付）

- 所得区分が「区分オ（低所得者）」「③低所得者Ⅱ」

被保険者の住民税の（非）課税証明書の原本

- 所得区分が「④低所得者Ⅰ」

被保険者および被扶養者全員の所得額がわかる書類（所得証明書など）

※4月から7月診療分については前年度の証明が、8月から翌年3月診療分については当年度の証明が必要になります。

（例）・平成29年8月診療分～平成30年7月診療分⇒平成29年度（平成28年中収入）の証明書

・平成30年8月診療分～平成31年7月診療分⇒平成30年度（平成29年中収入）の証明書

■ 低所得者の適用を受けることにより生活保護を必要としなくなる方について

「限度額適用・標準負担額減額認定該当」と記載された「保護却下通知書」もしくは「保護廃止決定通知書」