

高額療養費支給申請書 記入例

全国硝子業健康保険組合 業務1課給付係 03-3634-3482

健康保険	本人高額療養費・一部負担還元金 合算高額療養費・合算高額療養付加金 家族高額療養費・家族療養付加金	支給申請書
------	---	-------

被保険者情報	① 被保険者等 記号・番号	記号 123 番号 567	事業所名称 △△ガラス株式会社	
	② 氏名	(フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎		生年月日 平成 3 年 5 月 1 日
	住所	〒 123 - 4567 東京都〇〇区××		電話番号 (日中の連絡先) 080 (1234) 5678
		1-2-3 □□マンション457		提出委任 ☒ 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は✓)

※給付金の振込先は、被保険者口座または勤務先のいずれかになります。
被保険者口座に給付金の振込みを希望する場合は「振込先」欄を記入のうえ、通帳の写しまたは、キャッシュカードの写しを添付してください。
勤務先に給付金の受け取りを委任する場合は「委任状」欄を被保険者と受任者がそれぞれご記入ください。

③ 振込先	金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・その他()	預金種別	普通・当座・その他()
		支店・本店・出張所 その他()	口座番号	
	口座名義 (カタカナで記入)			

④ 委任状	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記受任者に委任します。		令和 7 年 4 月 1 日
		氏名	健保 太郎	
	受任者 (事業主)	住所	東京都〇〇区××5-6-7	
		事業所名	△△ガラス株式会社	
	氏名	代表取締役 ○山 △男		

⑤ 申請内容	診療月(月単位で申請)	令和 7 年 1 月	(左記診療月に対し、受診者ごと(医療機関、薬局、入院、通院別等)にご記入ください)	
	受診者の	氏名	健保 太郎	健保 花子
		生年月日	平成 3 年 5 月 1 日	平成 5 年 7 月 1 日
	⑥	傷病名	十二指腸潰瘍	慢性胃炎
診療を受けた病院等の名称		〇〇総合病院	××医院	
薬剤を受けた調剤薬局の名称			△△薬局	
診療を受けた期間 (月単位)		令和 7 年 1 月 5 日から 9 日まで	令和 7 年 1 月 20 日から 25 日まで	令和 年 月 日 から 日まで
⑦	病院等に支払った額 (保険診療分の自己負担額)	85,000 円	21,300 円	円
	他の公的制度から医療費 の助成を受けている場合 は記入してください	制度名・ 自己負担分の助成・ 全額助成・一部自己負担あり	制度名・ 自己負担分の助成・ 全額助成・一部自己負担あり	制度名・ 自己負担分の助成・ 全額助成・一部自己負担あり

○被保険者本人が市区町村民非課税者の場合は、この欄に市区町村長より証明を受けるか、「(非)課税証明書」の交付を受け原本を添付してください。

⑧ 市区町村が 証明する欄	当該被保険者は、令和 年度の市区町村民税が課されないことを証明する。	市区町村長名
	令和 年 月 日	

⑨ 同意欄	この申請に係る健保組合からの問合せを事業所の担当者を通じて行うことに同意します。	受付日付印
	被保険者(申請者)氏名 健保 太郎	

※訂正される場合は、各記載者が訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と各記載者の氏名(サイン)をご記入ください。

全国硝子業 健康保険組合

(令7.4)

記入もれや誤りが多いところ(特にご注意ください。)

- ① 記号・番号は「マイナポータル」「資格情報のお知らせ」「資格確認書(保険証)」に記載されています。
- ② 被保険者が亡くなられて、相続人の方が申請される場合は、申請される方の氏名をご記入ください(住所、振込先口座も同様です)。また、戸籍謄本等の原本(被保険者との続柄がわかるもの)を添付してください。
- ③ ④ 給付金の振込先は、被保険者口座または勤務先のいずれかになります。
被保険者口座に給付金の振込みを希望する場合は「振込先」欄を記入のうえ、通帳の写しまたは、キャッシュカードの写し(銀行名、口座番号、口座名義等がわかるもの)を添付してください。
勤務先に給付金の受け取りを委任する場合は「委任状」欄を被保険者と受任者がそれぞれご記入ください。
- ⑤ 月(1日から末日)を単位としてご記入ください。月をまたいだり、複数月を記入して申請はできません。
- ⑥ 病名がケガ(骨折・捻挫・打撲・火傷等)または外傷が原因の傷病の場合は、別途「負傷原因届」を添付してください(組合ホームページ申請書一覧:給-16)。
※ 第三者行為によるものであるときは、「第三者行為による傷病届」の提出が必要となりますので、
当組合にお問い合わせください。
- ⑦ 保険診療分の金額をご記入のうえ、領収書の写しを添付してください。
※ 病院等から処方を受け調剤薬局へ支払った場合は調剤薬局の金額も加えてください。
※ 差額ベッド代などの保険外負担額や入院時の食事負担額などは対象外となります。
- ⑧ 被保険者本人が非課税者の場合は、この欄に市区町村長より証明を受けるか、「(非)課税証明書」の交付を受け原本を添付してください。
※ 診療された方が扶養家族であっても、被保険者の「(非)課税証明書」が必要です。
※ 診療を受けた月が7月までは「前年度分」、8月以降は「当年度分」となります。
- ⑨ 申請に不備等があった際の健保組合からの問合せについて、事業所担当者経由で行う場合は「同意欄」に氏名をご記入ください。記入がない場合は、「被保険者情報」に記載された連絡先へご連絡いたします。

- * 訂正される場合は、各記載者が訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と各記載者の氏名(サイン)をご記入ください。
- * 消せるボールペンは使用しないでください。
- * 年号は、和暦・西暦のどちらでもかまいません。

添付書類

診療月に医療機関等にかかった際に受けとった領収書の写し

【 70歳未満の方の給付金算出について 】

平成27年4月診療分から適用

区分	標準報酬月額	自己負担限度額	
		高額療養費	付加給付
ア	83万円以上	$252,600円 + (総医療費 - 842,000円) \times 1\%$ < 多数該当: 140,100円 >	140,100円
イ	53万円～79万円	$167,400円 + (総医療費 - 558,000円) \times 1\%$ < 多数該当: 93,000円 >	93,000円
ウ	28万円～50万円	$80,100円 + (総医療費 - 267,000円) \times 1\%$ < 多数該当: 44,400円 >	44,400円
エ	26万円以下	57,600円 < 多数該当: 44,400円 >	
オ	低所得者	35,400円 < 多数該当: 24,600円 >	

※ 多数該当とは、直近12ヶ月間に高額療養費が支給された月が3ヶ月以上になった場合は、4ヶ月目からの自己負担額が軽減されます。

※ 低所得者とは、市区町村民税の非課税者、生活保護法の被保護者等をいいます。

※ 「区分ア」または「区分イ」に該当する場合、市区町村民税が非課税であっても、標準報酬月額での区分となります。

※ 付加給付の還付対象となる自己負担額は、≪ 100円未満切捨て ≫

- ・標準報酬月額83万円以上の方 ⇒ 保険適用の自己負担額が140,200円以上の場合
- ・標準報酬月額53万円～79万円の方 ⇒ 保険適用の自己負担額が 93,100円以上の場合
- ・標準報酬月額28万円～50万円の方 ⇒ 保険適用の自己負担額が 44,500円以上の場合
- ・標準報酬月額26万円以下の方 ⇒ 保険適用の自己負担額が 44,500円以上の場合

【 70歳以上の方の給付金算出について 】

平成30年8月診療分から適用

所得区分	標準報酬月額	自己負担限度額		
		外来・個人単位	入院・世帯単位の高額療養費	付加給付
現役並みⅢ	83万円以上	252,600円＋(医療費－842,000円)×1% 【多数該当 140,100円】		140,100円
現役並みⅡ	53万円～79万円	167,400円＋(医療費－558,000円)×1% 【多数該当 93,000円】		93,000円
現役並みⅠ	28万円～50万円	80,100円＋(医療費－267,000円)×1% 【多数該当 44,400円】		44,400円
一般	26万円以下	18,000円 【年間(※1) 上限144,000円】	57,600円 【多数該当44,400円】	
低所得者	低所得者Ⅱ(※2)	8,000円	24,600円	
	低所得者Ⅰ(※3)		15,000円	

※1 前年8月1日から7月31日までの1年間です。

※2 低所得者Ⅱ：被保険者が市区町村民税の非課税者等である場合です。

※3 低所得者Ⅰ：被保険者とその扶養家族全ての方の収入から必要経費・控除額を除いた後の所得がない場合です

*現役並み所得者に該当する場合は、市区町村民税が非課税であっても現役並み所得者となります。

*付加給付の算出により端数が生じた場合は、100円未満切り捨てとなります。

*多数該当とは、直近12ヶ月間に3ヶ月以上高額療養費に該当した場合の4ヶ月目以降の金額です。