

◎ 健保組合記入欄

※1 「総医療費」の求め方 → 自己負担額 ÷ 0.3 (未就学児の場合は、0.2)
 ※2 「控除額の定額部分の1/2」の定額とは、自己負担限度額(控除額)の252,600円や10

記入例

【高額療養費・合算高額療養費(合算高額療養付加金を含む)の支給申請書を作成する場合の留意点】

高額療養費は、同一の月に行われた療養のうち、自己負担額(入院時の食事にかかる標準負担額と保険がきかない部分に支払った費用は除く。)が21,000円以上(「合算対象基準額」といいます。)のものについて、当該自己負担額を合算し、合算額から自己負担限度額を控除した額が支給されます。また、合算対象基準額を超えるものが1つしかなくて、結果的には合算が起らなかった場合でも、単独で自己負担限度額を超える自己負担額があれば、高額療養費が支給されます。

自己負担額は、次のように区分けしたものが21,000円以上のものでなければ、合算はできません。

- ① 被保険者又は被扶養者ごと。……個人ごとに分ける。
- ② 暦月ごと。……入院などで支払った自己負担の領収金額が二か月にまたがっていたような場合には月ごとに分ける。
- ③ 同一の病院、診療所および接骨院などごと。なお、同一の病院、診療所であっても、次の場合は、それぞれ別個に分ける。
 - ㉞ 医科診療と歯科診療。(ただし、診療科で薬の処方箋がでていた場合は、薬局へ支払った自己負担額をその診療科の自己負担額に加えることができます。)
 - ㉟ 入院診療と外来診療。

高額療養費) 円

【*付加金⇒1,000円未満の端数切捨て】

69歳以下

高額療養費
 合算高額療養費
 一部負担還元金
 合算高額療養付加金
 家族療養付加金

支給申請書 (令和 3 年 4 月診療分)

① 被保険者証の記号・番号 125 - 25		② 被保険者(申請者)の氏名 河野 進一		③ 事業所の名称 (株)フーシキン	
④ 被保険者(申請者)の住所 〒 160 - 0004 東京 都 府 県 新宿 市 区 〇〇8-7-6 電話 03 (5621) 3896 △△コーポ201					
⑤ 診療を受けた者の	氏名	1 河野 進一	2 河野 よしみ	3	
	生年月日	昭和 30 年 1 月 24 日	昭和 35 年 1 月 7 日	年 月 日	
⑥ 被保険者との続柄		本人		妻	
⑦ 診療区分		入院・外来・ 外来+調剤 ・接骨		入院・外来・外来+調剤・接骨	
⑧ 診療を受けた病院等の名称		心見病院・あすなろ薬局		心見病院	
⑨ 病院等に支払った額(自費分・入院時食事代は含まない。)		23,000 円		127,000 円	
⑩ けが等の外傷で受診したときに記入		交通事故 …………… (はい ・ いいえ) 通勤途上 …………… (はい ・ いいえ) 仕事上 …………… (はい ・ いいえ)			
⑪ 今回申請の診療月以前1年間に高額療養費の支給を受けた場合は、その直近の3回分の診療月		前1回目 令和 3 年 1 月 分	前2回目 令和 3 年 2 月 分	前3回目 令和 3 年 3 月 分	

⑨欄には、21,000円以上の金額しか対象になりません。

受領代理人欄	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 3 年 7 月 13 日		
	被保険者 氏名 河野 進一 (申請者)		
支払金融機関欄	フリガナ ナカムラ ヨシズミ	委任者と代理人の関係	健保給付口座代理人
	代理人 氏名 中村 好住		
銀行コード		支店コード	
銀行・農協 信金・信組		本店・支店 出張所	
口座番号		口座名 (名義人氏名)	フリガナ

令和 **3** 年 **7** 月 **18** 日提出
 受付年月日

保険給付金は、原則として事業所(会社)経由でのお支払いをお願いしておりますので、「受領代理人欄」への記入をお願いします。受領代理人については、事業所から当健康保険組合へ届け出てありますので、事業所で記入していただってください。
 なお、事情により、ご自分の銀行口座に振り込んで欲しいという方、あるいは退職後に請求される方は「支払金融機関欄」に記入してください。また、退職後などのケースで、代わりに家族の銀行口座に振り込んで欲しいという方は、「受領代理人欄」と「支払金融機関欄」の両方とも記入が必要になります。

◎ 健保組合記入欄

※1 「総医療費」の求め方 → 自己負担額 ÷ 0.3 (未就学児の場合は、0.2)
 ※2 「控除額の定額部分の1/2」の定額とは、自己負担限度額(控除額)の252,600円や16

記入例

【一部負担還元金・家族療養付加金の支給申請書を作成する際の留意点】

同一の月に行われた療養のうち、自己負担額が高額療養費に該当しなかった場合でも「高額療養費の自己負担限度額(控除額)の定額部分の1/2の金額+1,000円」を超えていれば付加金として一部負担還元金・家族療養付加金が支払われます。なお、付加金だけに該当の場合、年間4回以上高額療養費の支給を受けていても「多数該当」での支給はありません。また、合算高額療養付加金は、合算高額療養費が支給されて初めて対象となりますので、同一の月の自己負担額すべてを合算した金額が控除額を超えたからといって支給申請をすることはできません。

自己負担額は、次のように区分けした1件ごとの金額が対象となります。

- ① 被保険者又は被扶養者ごと。……個人ごとに分ける。
- ② 暦月ごと。……入院などで支払った自己負担の領収金額が二カ月にまたがっていたような場合には月ごとに分ける。
- ③ 同一の病院、診療所および接骨院などごと。なお、同一の病院、診療所であっても、次の場合は、それぞれ別個に分ける。
 - ㉞ 医科診療と歯科診療。(ただし、診療科で薬の処方箋がでていた場合は、薬局へ支払った自己負担額をその診療科の自己負担額に加えることができます。)
 - ㉟ 入院診療と外来診療。

高額療養費
) 円

円

【付加金 → 1,000円未満の端数切捨て】

69歳以下

高額療養費
 合算高額療養費
一部負担還元金
 合算高額療養付加金
 家族療養付加金

支給申請書 (令和 3 年 4 月診療分)

① 被保険者証の記号・番号 125 - 25		② 被保険者(申請者)の氏名 河野 進一		③ 事業所の名称 (株)フーシキン	
④ 被保険者(申請者)の住所 〒 160 - 0004 東京 <u>都</u> 道 <u>新宿</u> 市 <u>区</u> 〇〇8-7-6 △△コーポ201		電話 03 (5621) 3896			
⑤ 診療を受けた者の	氏名	1 河野 進一	2	3	
	生年月日	昭和 30 年 1 月 24 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
⑥ 被保険者との続柄 本人					
⑦ 診療区分 入院・ <u>外来</u> ・外来+調剤・接骨		入院・外来・外来+調剤・接骨		入院・外来・外来+調剤・接骨	
⑧ 診療を受けた病院等の名称 心見病院					
⑨ 病院等に支払った額(自費分・入院時食事代は含まない。)		72,000 円		円	
⑩ けが等の外傷で受診したときに記入	交通事故	(はい ・ <u>いいえ</u>)			
	通勤途上	(はい ・ <u>いいえ</u>)			
	仕事上	(はい ・ <u>いいえ</u>)			
⑪ 今回申請の診療月以前1年間に高額療養費の支給を受けた場合は、その直近の3回分の診療月		前1回目 年 月 分	前2回目 年 月 分	前3回目 年 月 分	年 月 分

受領代理人欄	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。			令和 3 年 7 月 13 日
	被保険者(申請者) 氏名 河野 進一			
支払金融機関欄	代理人氏名	フリガナ ナカムラ ヨシズミ 中村 好住	委任者と代理人の関係	健保給付口座代理人
	銀行コード	銀行・農協 信金・信組	支店コード	本店・支店 出張所
	口座番号	口座名(名義人氏名)	フリガナ	

保険給付金は、原則として事業所(会社)経由でのお支払いをお願いしておりますので、「受領代理人欄」への記入をお願いします。受領代理人については、事業所から当健康保険組合へ届け出てありますので、事業所で記入していただください。
 なお、事情により、ご自分の銀行口座に振り込んで欲しいという方、あるいは退職後に請求される方は「支払金融機関欄」に記入してください。また、退職後などのケースで、代わりに家族の銀行口座に振り込んで欲しいという方は、「受領代理人欄」と「支払金融機関欄」の両方とも記入が必要になります。

令和 **3** 年 **7** 月 **18** 日提出
 受付年月日