

被保険者  
被扶養者  
世帯合算

## 高額療養費 支給申請書

① 被保険者証の記号番号	記号	番号	② 被保険者 氏名・印 (請求者)	③ 印
④ 被保険者の住所	〒 _____ TEL _____ ( ) _____			
⑤ 被保険者が勤務している事業所の名称				
⑥ 単独・合算の別	0 : 単独 1 : 合算	単独又は合算のいずれかに○をつけてください。		
⑦ 受診者名	_____	_____	_____	
	昭・平 年 月 日生 本人・家族(続柄)	昭・平 年 月 日生 本人・家族(続柄)	昭・平 年 月 日生 本人・家族(続柄)	
⑧ 傷病名				
⑨ 受診期間	平成 年 月 日 より 同 月 日 まで 日間	平成 年 月 日 より 同 月 日 まで 日間	平成 年 月 日 より 同 月 日 まで 日間	
	入院・通院・調剤	入院・通院・調剤	入院・通院・調剤	
⑩ 医療機関	名称			
	所在地			
⑪ 自己負担額		円	円	円
* 保険診療費				

◎裏面の記入上の注意事項を読んでから記入してください。

東日本電線工業健康保険組合

◎ 送金は事業所あてに送金いたしますので、必ず委任欄を記入してください。

受領委任欄	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。			
	代理人 氏名		被保険者 氏名・印	印

◎ 任意継続被保険者又は退職者については本人あてに送金しますので、下欄に記入してください。

銀行名	銀行 信用金庫	支店名		受付印
口座番号	普通 当座	口座名義	フリガナ	

## 説 明

### 1. 本人高額療養費・家族高額療養費

保険診療の自己負担額（同一月、同一医療機関、入院・通院別）が自己負担上限額を超えた場合、高額療養費として払い戻されます。

#### ① 70歳未満

区分	自己負担上限額	多数回該当 ※
標準報酬月額 83万円以上	252,600円 + (医療費 - 842,000円) × 1%	140,100円
標準報酬月額 53万円～79万円	167,400円 + (医療費 - 558,000円) × 1%	93,000円
標準報酬月額 28万円～50万円	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1%	44,400円
標準報酬月額 26万円以下	57,600円	44,400円
低所得者（住民税非課税）	35,400円	24,600円

#### ② 70歳～74歳

区分	自己負担上限額		多数回該当 ※
	外来（個人ごと）	外来・入院（世帯単位）	
現役並み所得者 （標準報酬月額 28万円以上）	57,600円	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1%	44,400円
一般所得者 （標準報酬月額 26万円以下）	14,000円	57,600円	
低所得者Ⅱ（住民税非課税）	8,000円	24,600円	/
低所得者Ⅰ（住民税非課税）		15,000円	

#### ※ 多数回該当

同一世帯で、当月以前の1年間に高額療養費の支給が3回以上あるときは、4回目からはその月の自己負担上限額が引き下がります。

### 2. 世帯合算高額療養費

70歳未満の場合、同一世帯（被保険者単位）で同月に21,000円以上の自己負担が2件以上あり、1件では高額療養費の支給対象に該当しないが、合算すると自己負担上限額を超えるときは、それぞれの自己負担額を1か月（暦日）単位で合算して自己負担上限額を超えた分が払い戻されます。

70歳～74歳の場合、全ての自己負担額が合算対象となります。

## 記入上の注意事項

- 申請書は、暦月ごとに作成し提出してください。
- ①～⑩欄全て及び受領委任欄もしくは送金先欄を記入してください。（\*欄の記入は不要です。）
- この申請が「合算高額療養費」に該当する場合、医療機関ごと入院・通院・調剤ごとに、それぞれの列に記入してください。
- ⑦欄は、受診者の氏名、生年月日、本人・家族の別及び続柄を記入してください。
- ⑧欄は、わかる範囲で記入してください。
- ⑨欄は、暦月ごとに記入し、入院・通院・調剤のいずれかに○をつけてください。
- ⑩欄は、医療機関等の名称・所在地を記入してください。
- ⑪欄は、保険診療に係る自己負担額を記入してください。入院時食事療養費の一部負担金及び室料差額等は除きます。
- 市区町村民税が非課税の方にあつては、療養のあった月の属する年度（療養のあった月が4月から7月までの場合にあつては、前年度）分の市区町村長の証明書を添付してください。（同一年度内は初回のみ添付してください。）
- 支給決定は、医療機関からの診療報酬明細書により行われます。したがって、支給は受診月の2～3か月後となります。