

<記入上の注意>

1. 申請書は、診療月ごとに作成してください。今回申請の「5診療月」に療養を受けた病院等が4件以上の場合、新しく別紙に記入して下さい。
2. 3・6・(カ)・(キ)・(ク)の欄は、該当するものをマル(○)で囲んでください。
3. 4の欄は、被保険者が自ら記入(自署)する場合には、押印は不要です。
4.
 - I. (ア)欄～(カ)欄は、70歳未満の被保険者、被扶養者に関して、同一月に医療機関別、入院・通院別に自己負担額が80,100円(標準報酬月額が53万以上の場合は150,000円)を超える自己負担がある場合または同一月に医療機関別、入院・通院別の自己負担額(カ欄の費用徴収が「有」の場合は、自己負担相当額)が21,000円を超える自己負担が複数ある場合について記入して下さい。70歳以上の被保険者、被扶養者に関しては、同一月に医療機関別、入院・通院別に全ての自己負担額を記入して下さい。
 - II. 4欄の被保険者が療養のあった月の属する年度(4月から7月診療分については前年度)分の市区町村民税が課税されない場合または、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場合は、Iの「80,100円」が「35,400円」となります。
5. カ欄は、他の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かどうかについて該当する方を○で囲み、受けられる場合は次に掲げる制度のうち該当するものを記号(「その他」の場合は具体的制度名)を記入して下さい。また、自己負担相当額の一部について費用を徴収されたか否かについて該当する方をマルで囲んでください。
 - ア. 「原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律」による一般疾病医療費の支給
 - イ. 「児童福祉法」による育成医療の給付等
 - ウ. 「予防接種法」による医療費の支給
 - エ. 「障害者自立支援法」による自立支援医療の給付
 - オ. 「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」による医療の給付
 - カ. 「結核予防法」による医療の給付等
 - キ. 「麻薬及び向精神薬取締法」による医療の給付
 - ク. 「母子保健法」による養育医療の給付等
 - ケ. 「独立法人医薬品医療機器総合機構法」による医療費の支給
 - コ. 「沖縄の復帰に伴う厚生省関係法令の適用の特別措置等に関する政令」による医療費の支給
 - サ. 「身体障害者福祉法」の指定医療機関における医療費の支給
 - シ. 「特定疾患治療研究事業」による医療費の支給
 - ス. 「毒ガス障害者救済対策事業」による医療費の支給
 - セ. 「先天性血液凝固因子障害等治療研究事業」による医療の給付
 - ソ. 「水俣病総合対策費の国庫補助」による療養費の支給
 - タ. 「石綿による健康被害の救済に関する法律」の医療費の支給
 - チ. その他
6. オ欄は、病院等で支払った額のうち、保険診療分に係るもの及び薬剤一部負担額についてのみ記入し、特別室料、歯科で認められている差額徴収額等については除いてください。
なお、カ欄において費用徴収が「有」の場合は、当該徴収された額をオ欄に記入して下さい。
7. 8の欄は、日中連絡の取れる電話番号を記入して下さい。(携帯電話可)
8. 給付金の受け取りを他人に委任するときは、受取代理人の欄に必要事項を記入して下さい。また、支払金融機関の欄に受取代理人名義の口座を記入して下さい。なお、受取代理人の欄の被保険者および受取代理人の印は必ず押して下さい。
9. 振込先は、銀行・信用金庫およびゆうちょ銀行のみの取扱いです。
※ゆうちょ銀行をご指定される方は、全銀システム対応の支店・口座番号を記入して下さい。

※各種現金給付の支払日について

1. 給付金の支払日は、申請書が健保に到着した日より概ね次のように処理します。
 - 10日までに到着・・・当月15日に支払
 - 20日までに到着・・・当月25日に支払
 - 月末までに到着・・・翌月5日に支払
 - ※支払日が土・日・祝の場合、翌営業日のお振込になります。
 - ※大型連休がある期間については、上記のお支払日が多少変更となります。
 - ※申請書や添付書類に不備があった場合は、訂正後のお支払いとなります。

【ご注意】支給時期について

高額療養費の支給は、診療月より4ヶ月以上を要します。例えば、1月診療分の高額療養費は5月より以前にはお支払できません。

<添付書類および留意事項について>

1. 市区町村民税非課税または生活保護の場合、9の欄に市区町村長から証明を受けてください。証明が受けられない場合は、下記のいずれかを提出して下さい。

(1) 療養のあった月の属する年度(4月から7月診療分については前年度)分の市区町村民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

(2) 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または保護廃止決定通知書の写し

2. 同一年度(上記1の(1)に該当する方にあつては、8月から翌年7月までの間)内において、既に上記1の証明書等を提出している場合は同一年度内の療養にかかる支給申請に際して上記1の証明書を添付する必要はありません。

3. 療養費払に係る高額療養費の支給申請は、その療養費の支給申請と併せて行ってください。

4. 自己負担額には、柔道整復師、あんま、はり、きゅう等の施術で支払った自己負担相当額も該当します。

5. カ欄の費用徴収が「有」の場合は、当該徴収された費用の額を証する領収書等を添付してください。

6. カ欄の費用徴収の額と、当該療養のあった月と同一の月に医療機関別、入院・通院別の自己負担が21,000円以上(70歳以上の方については当該費用徴収以外の全ての自己負担額)のものとの合算額が80,100円(上記1に該当する場合は35,400円、標準報酬月額が53万円以上の場合は、150,000円、また、70歳以上の方については、44,400円、上記1に該当する場合は24,600円、現役並み所得者の場合は80,100円、ただし上記1に該当する70歳以上の方で、「一定の基準※」を満たす場合は15,000円)を超えていなければ高額療養費は支給されません。

※市区町村民税の基準所得(各所得毎に必要な経費、控除を差し引いたときの所得)がないこと。

7. 一定の制度により自己負担相当額の支給を受けられる場合は、この高額療養費は支給されません。

8. 被保険者以外の方の押印を省略することはできません。

9. 傷病原因が負傷の場合(ねんざ、打撲、骨折、打ち身など)は、健保組合よりご連絡させていただく場合があります。

10. 限度額認定証を使用された場合は、基本的に高額療養費申請書の提出は不要です。

○お問合せ先

アイフル健康保険組合

〒600-8420

京都府京都市下京区烏丸通五条上る高砂町381-1
内線:1697 外線:075-353-0211 FAX:075-371-212

201003

被 保 険 者 が 入 院 す る 欄	被保険者証の記号・番号		3 生 年 月 日				4 被保険者(申請者)氏名と捺印				
	1 記号	2 番号	1:明	年	月	日	(フリガナ)				
			3:大				(印)				
			5:昭								
			7:平								
	5 診療月		6 70歳以上の方で過去1年間のうちに次に掲げる事項に該当された方は、番号に○をつけてください。								
	年 月		1 「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証」を所持された方								
			2 一部負担金の割合について、「健康保険高齢受給者基準収入額適用申請書」を提出された方								
	7 勤務先の名称		会社名 所属名								
	勤務先の電話番号		TEL() -								
8 被保険者(申請者)住所		〒 - 連絡先() - 都 府 県									
(ア) 療養を受けた者の氏名生年月日及び被保険者との続柄		氏名 生年月日 年 月 日 (続柄)			氏名 生年月日 年 月 日 (続柄)			氏名 生年月日 年 月 日 (続柄)			
(イ) フリガナ											
(ウ) 傷病名											
(エ) 療養を受けた病院診療所等の名称及び所在地		名称									
		所在地									
(オ) (エ)の病院等で診療を受けた期間		年 月 日から 同月 日まで (日間)			年 月 日から 同月 日まで (日間)			年 月 日から 同月 日まで (日間)			
※(オ) (エ)の期間に受けた診療に対し病院等で支払った額		円			円			円			
(カ) 他の公的制度により自己負担額相当額、またはその一部の支給を受けられるか		1. 受けられる(制度名) 費用徴収の有無 0:無 1:有			1. 受けられる(制度名) 費用徴収の有無 0:無 1:有			1. 受けられる(制度名) 費用徴収の有無 0:無 1:有			
(キ) 入院・通院の別		1:入院 2:その他			1:入院 2:その他			1:入院 2:その他			
(ク) 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ましたか		はい いいえ			はい いいえ			はい いいえ			
受 取 代 理 人 の 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。										
	被保険者(申請者)住所		氏名			平成 年 月 日			(印)		
代理人の氏名		住所			(印)						
委任者と代理人との関係											
※口座名義人は被保険者(申請者)本人または受取代理人に限る。											
支払金融機関の欄		銀行 本店 普通			(口座番号)			受付日付印			
		信用金庫 支店 当座									
9 市区町村長が証明する欄		4の者には平成 年度の市区町村民税が課税されていないことを証明する。 市区町村長名 (印)									

※ 低所得者の方は、療養のあった月の属する年度(4月～7月診療分については、前年度)分の市区町村長の発行する非課税証明書を添付するか、9の欄に証明をもらってください。

[記入上の注意]

※5 この申請書は、診療月ごとに作成してください。例えば、入院期間がふた月にまたがる場合は、申請書を2枚作成します。

※(オ)欄は、保険診療に係るもののみ記入し、差額ベッド代、入院時食事代等を除いた金額を記入してください。

問合せ先: 京都府京都市下京区烏丸通五条上る高砂町381-1 内線:1687 外線:075-353-0211 アイフル健康保険組合