

<記入上の注意>

- 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。
- 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。
- 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。
- (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、以下の標準報酬月額ごとの限度額を超えたものを記入してください。21,000円を超えている自己負担が複数ある場合もご記入ください。70歳以上の被保険者、被扶養者に関しては、同一月の医療機関別、入院・通院別に全ての自己負担額を記入してください。

<70歳未満の被保険者>

所得区分	自己負担限度額	多数該当※2
①区分ア (標準報酬月額83万円以上の方) (報酬月額81万円以上の方)	252,600円+(総医療費※1-842,000円)×1%	140,100円
②区分イ (標準報酬月額53万円～79万円の方) (報酬月額51万5千円以上～81万円未満の方)	167,400円+(総医療費※1-558,000円)×1%	93,000円
③区分ウ (標準報酬月額28万円～50万円の方) (報酬月額27万円以上～51万5千円未満の方)	80,100円+(総医療費※1-267,000円)×1%	44,400円
④区分エ (標準報酬月額26万円以下の方) (報酬月額27万円未満の方)	57,600円	44,400円
⑤区分オ(低所得者) (被保険者が市区町村民税の非課税者等)	35,400円	24,600円

<70歳以上75歳未満の被保険者>

被保険者の所得区分	自己負担限度額	
	外来 (個人ごと)	外来・入院 (世帯)
①現役並み所得者 現役並みⅢ (標準報酬月額83万円以上で高齢受給者証の負担割合が3割の方)	252,600円+(総医療費-842,000円)×1% [多数該当: 140,100円]	
現役並みⅡ (標準報酬月額53万円～79万円で高齢受給者証の負担割合が3割の方)	167,400円+(総医療費-558,000円)×1% [多数該当: 93,000円]	
現役並みⅠ (標準報酬月額28万円～50万円で高齢受給者証の負担割合が3割の方)	80,100円+(総医療費-267,000円)×1% [多数該当: 44,400円]	
②一般所得者 (①および③以外の方)	18,000円 (年間上限14.4万円)	57,600円 [多数該当: 44,400円]
③低所得者	Ⅱ(※3)	24,600円
	Ⅰ(※4)	15,000円

多数該当…診療を受けた月以前の1年間に、3ヵ月以上の高額療養費の支給を受けた(限度額適用認定証を使用し、自己負担限度額を負担した場合も含む)場合には、4ヵ月目から「多数該当」となり、自己負担限度額がさらに軽減されます。

- 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記号(「その他」の場合は具体的な制度名)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

- 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、保険適用外の特別室料、差額徴収額、入院時食事代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。
- 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)
- 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押印は必ず押して下さい。
- 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に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. 市区町村民税が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、以下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)分の市区町村民税が非課税の方
→非課税証明書
 - (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
→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. 限度額に満たない診療分については、高額療養費は支給されません。
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高砂町381-1
TEL:075-353-0211 FAX:075-371-2121

健康保険

被保険者
被扶養者
世帯合算

高額療養費支給申請書(第 回目)(入院・通院)

被 保 険 者 が 記 入 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						
	1 記号	2 番号	昭	年	月	日	(フリガナ)						
			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		氏名		生年月日 年 月 日		氏名		生年月日 年 月 日	
		(続柄)		(続柄)		(続柄)		(続柄)		(続柄)		(続柄)	
(イ) フリガナ													
傷病名													
(ウ) 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											
(エ) (ウ)の病院等で診療を受けた期間		年 月 日から		年 月 日から		年 月 日から		年 月 日から		年 月 日から		年 月 日から	
		同月 日まで		同月 日まで		同月 日まで		同月 日まで		同月 日まで		同月 日まで	
		(日間)		(日間)		(日間)		(日間)		(日間)		(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		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)		1. 受けられる(制度名)		1. 受けられる(制度名)		1. 受けられる(制度名)		1. 受けられる(制度名)		1. 受けられる(制度名)	
		費用徴収の有無		費用徴収の有無		費用徴収の有無		費用徴収の有無		費用徴収の有無		費用徴収の有無	
		0:無 1:有		0:無 1:有		0:無 1:有		0:無 1:有		0:無 1:有		0:無 1:有	
		2. 受けられない		2. 受けられない		2. 受けられない		2. 受けられない		2. 受けられない		2. 受けられない	
(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		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		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。												
	被保険者住所		氏名		年 月 日		代理人の氏名		住所		印		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 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高砂町381-1 Tel:075-353-0211 アイフル健康保険組合