

# 国民健康保険高額療養費支給申請書

（あて先）日高市長

年 月 日

申請者 個人番号 \_\_\_\_\_

（世帯主）住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

年 月 診療分を下記のとおり申請します。

① 被保険者証の記号・番号			
② 療養を受けた被保険者の個人番号			
③ 療 養 を 受 け た 被 保 険 者 の 氏 名		1	2
④ 療養を受けた被保険者の生年月日		年 月 日	年 月 日
⑤ 療養を受けた被保険者の区分			
⑥ 世帯主(組合員)との続柄			
⑦ 傷 病 名			
⑧ 発症又は傷病の理由		1：第三者行為（交通事故等） 2：業務上の災害（通勤災害等） 3：その他（自損事故・疾病等）	1：第三者行為（交通事故等） 2：業務上の災害（通勤災害等） 3：その他（自損事故・疾病等）
⑨ 療養を受けた病院・診療所等の名称・所在地	名 称		
	所在地		
⑩ 診療科目、入院、通院等の区分			
⑪ ⑨ の 病 院 等 で 療 養 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
⑫ ⑪の期間に受けた療養に対し病院等で支払った額		円 ( )	円 ( )
⑬ 他の制度により自己負担相当額又はその一部の支給を受けられるかどうか		受けられる (制度名 ) (費用徴収の 有・無 ) 受けられない	受けられる (制度名 ) (費用徴収の 有・無 ) 受けられない
⑭ 今回申請の診療月以前1年間に高額療養費を支給されている月数が3月以上(※)あるときはその直近3月の診療月		1 年 月 診療分 2 年 月 診療分 3 年 月 診療分	⑮ 70歳以上 75歳未満 世帯(所得)区分 世帯全体
<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する (利用する者は以下の口座情報の記入不要)		銀 行 支 店	
<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する 振 込 先 金 融 機 関 名			
預金種目及び口座番号		普通 ・ 当座 ・ その他 ( ) 預金 第 号	
フリガナ 名 義 人 ( 世 帯 主 )			

支 給 決 定 伺 い	支給決定年月日	年 月 日
	整 理 番 号	
	世帯最終支給額	A 円
	既支給決定額	B 円
	差引支給額	A-B 円

※ 70歳以上の方の外來のみは回数に含めません。なお、裏面の注意事項をお読みください。

(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。
- 2 ②欄は、療養を受けた被保険者の個人番号(マイナンバー)を記入してください。
- 3 ⑤欄は、療養を受けた被保険者が、退職被保険者本人、退職被保険者の被扶養者、その他の一般被保険者のいずれかについて、該当する被保険者の区分を記入してください。
- 4 ⑧欄は、該当する項目に○印をつけてください。
- 5 ⑫欄は、病院等で支払った額のうち、保険診療分に係るもの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。ただし、その額が明確でないときは病院等で支払った金額を記入し、その旨を( )内に記入してください。なお、⑬欄において費用徴収が「有」の場合は、当該徴収された費用の額を⑫欄に記入し、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 ⑬欄は、他の制度により医療費の自己負担相当額又はその一部の支給が受けられるかどうかについて該当する方に○印をつけ、受けられる場合は次に掲げる制度のうち該当するものの記号(「その他」の場合は具体的制度名)を記入してください。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に○印をつけてください。

ア 感染症法(結核)による支給 イ 更生医療 ウ 育成医療 エ 児童福祉法による療育の給付 オ 原爆被爆者援護法による支給 カ 精神保健福祉法による支給 キ 精神通院医療 ク 麻薬及び向精神薬取締法による支給 ケ 養育医療 コ 療養介護医療 サ 感染症法(新感染症・一類感染症等)による支給 シ 肝炎治療特別促進事業に係る医療の給付 ス 特定疾患治療研究事業 セ 先天性血液凝固因子障害等治療研究事業に係る医療の給付 ソ 児童福祉法による小児慢性特定疾病医療費の支給 タ 児童福祉法の措置等に係る医療の給付 チ 難病法による支給 ツ 特定B型肝炎 特別措置法による支給 テ 石綿健康被害救済法による救済

ト その他( )
- 7 ⑮欄は、以下の区分に従って、該当する世帯(所得)区分を記入し、一定以上及び上位に該当する場合を除き、その事実を証する書類を添付してください。

【70歳以上75歳未満】

- 1: 一 般…次の2~7に該当しない場合  
※市町村長の所得に関する証明書を添付してください。
- 2: 一定所得者以上…国民健康保険法施行令第27条の2第2項の規定により算定した所得額が145万円以上である場合、(平成30年7月以前)又は国民健康保険法施行規則第24条の2の規定により算定した収入の額が520万円以上(世帯に70歳以上の国保被保険者が1人しかいない場合は383万円)である場合、又は世帯に属する70歳以上の被保険者に係る旧ただし書所得の合計額が210万円超である場合  
※70歳以上の国保被保険者のうち1人でも該当すれば、この区分になります。
- 3: 低所得者Ⅱ…市町村民税非課税である世帯の場合
- 4: 低所得者Ⅰ…市町村民税非課税かつ一定の所得以下である世帯の場合  
(平成30年8月以降)
- 5: 現役並みⅢ…課税所得が690万円以上である世帯の場合
- 6: 現役並みⅡ…課税所得が380万円以上である世帯の場合
- 7: 現役並みⅠ…課税所得が145万円以上である世帯の場合

【世帯全体】

- 5: 区分「ア」…世帯に属する被保険者の前年の基準所得(旧ただし書所得の算定の例により算定)の合計額が、901万円を超える場合
  - 6: 区分「イ」…世帯に属する被保険者の前年の基準所得(旧ただし書所得の算定の例により算定)の合計額が、600万円を超え901万円以下の場合
  - 7: 区分「ウ」…世帯に属する被保険者の前年の基準所得(旧ただし書所得の算定の例により算定)の合計額が、210万円を超え600万円以下の場合
  - 8: 区分「エ」…世帯に属する被保険者の前年の基準所得(旧ただし書所得の算定の例により算定)の合計額が、210万円以下の場合
  - 9: 区分「オ」…市町村民税非課税又は市町村の条例で定めるところにより市町村民税が免除されている世帯の場合  
※旧ただし書所得とは、総所得金額から基礎控除額を引いた額となります。
- 8 公金受取口座利用する場合は「□公金受取口座を利用する」の□欄にレ点を記入してください。また、振込口座を指定する場合は「□振込口座を指定する」の□欄にレ点及び口座情報を記入してください。