

|  |          |      |       |      |    |          |     |
|--|----------|------|-------|------|----|----------|-----|
| 本<br>件<br>の<br>支<br>給<br>額<br>を<br>決<br>定<br>する<br>支<br>給<br>長 | 専務理事     | 事務局長 | 事務局次長 | 給付課長 | 係長 | 係        | 支部係 |
|  |          |      |       |      |    |          |     |
|  | 令和 年 月 日 |      |       |      |    | 支払命令 第 号 |     |

## 国民健康保険高額療養費支給申請書 (令和 年 月診療分)

裏面の(注)によってご記入ください。

|   |                      |                      |   |
|---|----------------------|----------------------|---|
| (A) 被保険者<br>記号・番号                           |                      | 個人番号                 | <input type="text"/> |
| (B) 療養を受けた被保険者の<br>氏名及び生年月日<br>(70才未満の被保険者) | 昭・平・令 年 月 日          | 昭・平・令 年 月 日          | 昭・平・令 年 月 日   |
| (C) 傷病名                                     |                      |                      |   |
| (D) 療養を受けた<br>病院等                           | 名称                   |                      |   |
|   | 所在地                  |                      |   |
| (E) 療養期間                                    | 年 月 日から<br>同月 日まで 日間 | 年 月 日から<br>同月 日まで 日間 | 年 月 日から<br>同月 日まで 日間  |
| (F) 療養につき支払った<br>一部負担金の額                    | 円                    | 円                    | 円   |
| (G) 公費負担医療に係る<br>費用徴収の額                     | 円                    | 円                    | 円   |

|  |                      |                      |                      |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|
| (B) 療養を受けた被保険者の<br>氏名及び生年月日(高<br>齢受給者証受領者) | 昭 和 年 月 日            | 昭 和 年 月 日            | 昭 和 年 月 日            |
| (C) 傷病名                                    |                      |                      |                      |
| (D) 療養を受けた<br>病院等                          | 名称                   |                      |                      |
|  | 所在地                  |                      |                      |
| (E) 療養期間                                   | 年 月 日から<br>同月 日まで 日間 | 年 月 日から<br>同月 日まで 日間 | 年 月 日から<br>同月 日まで 日間 |
| (F) 療養につき支払った<br>一部負担金の額                   | 円                    | 円                    | 円                    |
| (G) 公費負担医療に係る<br>費用徴収の額                    | 円                    | 円                    | 円                    |

|   |     |     |     |
|---|-----|-----|-----|
| (H) 今回申請の診療月以前12ヶ月の間に高額療養費の支給を3<br>回以上受けたときはその療養の年月(直近3回) | 年 月 | 年 月 | 年 月 |
|---|-----|-----|-----|

上記のとおり申請します。なお、支給決定額については、下記の口座へ振り込んでください。

|                    |                           |
|--------------------|---------------------------|
| 令和 年 月 日           | 住所                        |
|                    | 氏名                        |
| 組合員                | 電話番号                      |
| 名古屋市食品国民健康保険組合理事長様 | 個人番号 <input type="text"/> |

|             |      |                          |                 |
|-------------|------|--------------------------|-----------------|
| 振<br>込<br>先 |      | 銀行<br>信用金庫<br>農業・漁業 協同組合 | 本店<br>支店<br>出張所 |
|             | 預金種別 | 普通・当座・貯蓄                 | 口座番号            |
|             | 口座名義 | (フリガナ)                   |                 |

|       |       |
|-------|-------|
| 本部受付印 | 支部受付印 |
|       |       |

申請人の名義の口座がない場合は、被保険者のみ指定口座へ振込みます。

(注) 1. この申請書は、次によって作成してください。

- (1) 各月ごとに作成してください。
- (2) この申請には、医科・歯科別と区分し、それぞれの区分ごとに、入院・外来と分けて、自己負担2万1千円以上支払った方全員について記入してください。  
ただし、国民健康保険高齢受給者証を有する方は、医科・歯科の区別をせず、入院・外来別に自己負担額2万1千円未満の支払金額も記入してください。
- (3) 自己負担額の合算金額が下表の「高額療養費の自己負担限度額」の金額を超えている場合に、その超えた金額を、払い戻しいたします。

## 高額療養費の自己負担限度額

### (1) 70歳未満の場合

| 所得区分 |                       | 自己負担限度額(世帯合算)                    | 多数該当          |
|------|-----------------------|----------------------------------|---------------|
| 上位所得 | 旧ただし書所得901万円超         | 252,600円 + (医療費 - 842,000円) × 1% | 多数該当 140,100円 |
|      | 旧ただし書所得600万円超～901万円以下 | 167,400円 + (医療費 - 558,000円) × 1% | 多数該当 93,000円  |
| 一般   | 旧ただし書所得210万円超～600万円以下 | 80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1%  | 多数該当 44,400円  |
|      | 旧ただし書所得210万円以下        | 57,600円                          | 多数該当 44,400円  |
| 低所得  | 住民税非課税世帯              | 35,400円                          | 多数該当 24,600円  |

世帯に属するすべての被保険者について、診療月の属する年の前年(診療月が1月から7月までの場合は前々年)の基礎控除後の総所得金額等(旧ただし書所得)を合算した額により、上記表の自己負担限度額とする。(円未満四捨五入)

### (2) 70歳以上75歳未満の場合

| 所得区分  |   |   | 自己負担限度額(世帯合算)                    |            | 多数該当          |
|-------|---|---|----------------------------------|------------|---------------|
|       |   |   | 個人単位(外来のみ)                       | 世帯単位(入院含む) |               |
| 現役並所得 | 現 | 住民税課税所得690万円以上                                  | 252,600円 + (医療費 - 842,000円) × 1% |            | 多数該当 140,100円 |
|       | 現 | 住民税課税所得380万円以上690万円未満                           | 167,400円 + (医療費 - 558,000円) × 1% |            | 多数該当 93,000円  |
|       | 現 | 住民税課税所得145万円以上380万円未満                           | 80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1%  |            | 多数該当 44,400円  |
| 一般    |   | 住民税課税所得145万円未満                                  | 18,000円                          | 57,600円    | 多数該当 44,400円  |
| 低所得   |   | 住民税非課税世帯  | 8,000円                           | 24,600円    |               |
| 低所得   |   | 住民税非課税世帯で、さらに世帯所得が一定基準に満たない場合(年金収入等が80万円以下の場合等) | 8,000円                           | 15,000円    |               |

一般(一部負担2割の方)外来の上限:年間144,000円です。

- 2 「療養期間」(E欄)については、療養を受けた期間のうち、同一月内の期間についてのみ記入してください。
- 3 療養につき支払った一部負担金の額(F欄)については、支払った額のうち、いわゆる保険診療分について記入し保険診療とならない特別室料、入院時における食事に係る自己負担額、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。
- 4 「公費負担医療に係る費用徴収の額」(G欄)については、徴収された額の証明書を添付してください。
- 5 (H欄)については、今回申請以前12ヶ月間に、世帯単位として3回以上高額療養費の支給を受けている場合は、最近の3回分の診療年月日を記入してください。(自己負担限度額軽減)
- 6 領収書があれば、この申請書に写を添付してください。
- 7 決定通知書を送付しますので、入金の確認をお願いします。

ご不明な点があれば、当事務局給付担当者までご連絡ください。