

※1 記入しないでください。

※1 健保記入欄	自己負担額			標準報酬月額						
	$\text{円} - \left\{ \begin{array}{l} 270,300\text{円} + (\text{円} - 901,000\text{円}) \times 1\% \\ 179,100\text{円} + (\text{円} - 597,000\text{円}) \times 1\% \\ 85,800\text{円} + (\text{円} - 286,000\text{円}) \times 1\% \\ 61,500\text{円} \left\{ \begin{array}{l} \text{法定負担限度額} \\ 36,900\text{円} \end{array} \right\} \end{array} \right\} = \text{円}$			83～	53～79	28～50	26			
				千円						
				円						
資格取得	昭・平・令	年	月	日	資格喪失	令	年	月	日	
備考	令和8年8月から令和9年7月診療分								第	回

本人高額療養費・一部負担還元金支給申請書

令和 年 月 分

※2 マイナポータルの健康保険証情報または、「資格確認書」や「資格情報のお知らせ」にある記号・番号をご記入ください。

被保険者の記号と番号 ※2		記号		番号		事業所の名称			
被保険者の		氏名				生年月日		昭和 平成 令和 年 月 日	
被保険者の住所及び連絡先		〒 - ☎：日中の連絡先 ()							
提出委任		☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は☑）							
この疾病は第三者の行為によるものですか		はい ・ いいえ ※はいの場合には「健康保険第三者行為による傷病届」を併せてご提出ください。							
診療区分		入院・外来・調剤・その他		入院・外来・調剤・その他		入院・外来・調剤・その他		入院・外来・調剤・その他	
受診先		名称							
		所在地							
診療を受けた期間		年 月 日から 年 月 日まで (日間)		年 月 日から 年 月 日まで (日間)		年 月 日から 年 月 日まで (日間)		年 月 日から 年 月 日まで (日間)	
病院等に支払った額		円		円		円		円	
市区町村等から医療費助成制度を受けていますか		はい ・ いいえ (制度名) (自己負担の 有 ・ 無)		はい ・ いいえ (制度名) (自己負担の 有 ・ 無)		はい ・ いいえ (制度名) (自己負担の 有 ・ 無)		はい ・ いいえ (制度名) (自己負担の 有 ・ 無)	

◎振込先名称は必ず記入してください。なお、被保険者以外の受領を希望する場合は委任状に記入願います。

振込先名称	被保険者の公金受取口座を利用する場合は右記に☑。→ 利用しない場合は下記口座情報を記入。↓				☐ : 公金受取口座を利用します。			
	金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協	本店 支店 出張所	預金種別	普通 当座 別段	支店番号	口座番号	
	預金者氏名 (カタカナ)	被保険者の氏名と異なる場合は必ずご記載願います。						

委任状	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。 令和 年 月 日	
	被保険者の氏名	代理人 住所 氏名

被保険者証の記号番号を記入の場合省略できます。
被保険者のマイナンバー

□□□□□□□□□□□□□□

※記入の際には別途添付書類が必要となります。
給付課までお問い合わせ願います。

受付年月日

東京都医業健康保険組合（8・8改）

診療区分		入院・外来・調剤・その他	入院・外来・調剤・その他	入院・外来・調剤・その他
受診先	名称			
	所在地			
診療を受けた期間		年 月 日から 年 月 日まで (日間)	年 月 日から 年 月 日まで (日間)	年 月 日から 年 月 日まで (日間)
病院等に支払った額		円	円	円
市区町村等から医療費助成制度を受けていますか		はい ・ いいえ (制度名) (自己負担の有 ・ 無)	はい ・ いいえ (制度名) (自己負担の有 ・ 無)	はい ・ いいえ (制度名) (自己負担の有 ・ 無)

記入上の注意

- (1) 診療月単位ごとに作成してください。領収書(写)の添付をお願いいたします。
- (2) 病院等に支払った額には、保険診療分にかかるもののみを記入してください。
◎自費負担分〔食事療養負担・差額室料・文書料等〕は申請対象外です。
- (3) 請求権の時効は2年です。
- (4) 診療先ごと〔入院+入院・入院+外来〕で保険診療分21,000円以上が2件以上ある場合で法定負担限度額を超えたとき合算(世帯合算)高額療養費になります。
(法定負担限度額は別紙1の【法定負担限度額一覧】をご覧ください。)
- (5) 院外処方箋(薬剤負担分)については、調剤日が診療月と同月のものに限りです。
- (6) 1年間のうち同一世帯で高額療養費に該当した月があった場合、第4回目以降は多数該当となり逡減された負担額になります。
- (7) 市区町村等からの医療費助成がある方はその領収書の(写)または通知書の(写)を添付してください。
- (8) **被保険者**が非課税者である場合は市区町村税非課税証明書の(写)を添付してください。
(4月から7月診療分については、前年度の非課税証明を、8月から翌年3月診療分については当年度の非課税証明を添付してください。)
- (9) この申請についての支払い決定は、診療月より数えて4ヶ月以上先となります。

【申請対象例】

- 限度額適用認定証を提示せず、医療機関の窓口にて各々の負担割合に応じ医療費を負担した場合、法定負担限度額を超えた場合

- 限度額適用認定証を提示してもなお、法定負担限度額を超えた場合(世帯合算)

記入上の注意(4)の例：区分エの場合(70歳未満)

[円の箇所に該当の法定負担限度額を当てはめて参照してください。]

区分エの場合、世帯内(認定被扶養者)で複数の受診先があるとき

	又は		A病院…10,000円	+		B病院…15,000円	= <u>70,000円</u>
		A病院処方の薬局…20,000円	B病院処方の薬局…25,000円				
		計 30,000円 (21,000円以上)	計 40,000円 (21,000円以上)				

21,000円以上の窓口負担が2件以上あり、合計金額が 61,500円 を超えた場合
⇒(世帯)合算高額療養費に該当

【法定負担限度額一覧】 令和8年8月受診分から令和9年7月受診分まで

〔被保険者70歳未満区分〕

区 分		報酬月額	月単位の上限額		年単位の上限額
			カウント1回～3回まで	多数回該当 (4回目～)	
上 位	ア	83万円以上	270,300円+ (医療費-901,000円) × 1%	140,100円	1,680,000円
	イ	53万～ 79万円	179,100円+ (医療費-597,000円) × 1%	93,000円	1,110,000円
一 般	ウ	28万～ 50万円	85,800円+ (医療費-286,000円) × 1%	44,400円	530,000円
	エ	26万円以下	61,500円	44,400円	530,000円
低所得者	オ	住民税非課税	36,900円	24,600円	290,000円

〔被保険者70歳以上区分〕

区 分	報酬月額	月単位の上限額		年単位の上限額	
		カウント1回～3回まで	多数回該当 (4回目～)		
現 役 並 み Ⅲ	8 3万円以上	2 7 0 , 3 0 0円+ (医療費－9 0 1 , 0 0 0円) × 1 %		1 4 0 , 1 0 0円	1 , 6 8 0 , 0 0 0円
現 役 並 み Ⅱ	5 3万～ 7 9万円	1 7 9 , 1 0 0円+ (医療費－5 9 7 , 0 0 0円) × 1 %		9 3 , 0 0 0円	1 , 1 1 0 , 0 0 0円
現 役 並 み Ⅰ	2 8万～ 5 0万円	8 5 , 8 0 0円+ (医療費－2 8 6 , 0 0 0円) × 1 %		4 4 , 4 0 0円	5 3 0 , 0 0 0円
一 般	2 6万円以下	外来 (個人ごと)	6 1 , 5 0 0円		5 3 0 , 0 0 0円
		2 2 , 0 0 0円 (外来年間上限) 2 1 6 , 0 0 0円			
低 所 得 者	住民税非課税	1 1 , 0 0 0円 (外来年間上限) 9 6 , 0 0 0円	2 5 , 7 0 0円	2 4 , 6 0 0円	2 9 0 , 0 0 0円
	住民税非課税 所得一定以下	8 , 0 0 0円	1 5 , 7 0 0円	—	1 8 0 , 0 0 0円

※被保険者が75歳誕生日に受診した場合は、自己負担限度額が2分の1になります。

被扶養者が被保険者75歳到達月に受診した場合も同様の扱いになります。

【一部負担還元金】

一部負担還元金とは、当組合独自の付加給付として、高額療養費制度にさらに上乗せして支給する制度です。

※被保険者のみの制度です。

※1医療機関{入院・通院(調剤含む)・歯科それぞれ別}で、保険適用の医療費について

下表の各区分の「対象となる自己負担額」を支払った場合に対象となります。

なお、食事療養費及び生活療養費他自費分は含まれません。

※算出額が1,000円未満は不支給、100円未満の端数は切り捨てとなります。

※被保険者が資格喪失した場合、資格喪失日以降に受診した分については不支給となります。

区 分		報 酬 月 額	対 象 と な る 自 己 負 担 額	控 除 額
上 位	ア	83万円以上	81,000円以上	80,000円
	イ	53万～ 79万円	71,000円以上	70,000円
一 般	ウ	28万～ 50万円	61,000円以上	60,000円
	エ	26万円以下	51,000円以上	50,000円