

※この欄には記入しないでください。

※健保記入欄	自己負担額	$ \begin{aligned} &252,600\text{円} + (\text{円} - 842,000\text{円}) \times 1\% \\ &167,400\text{円} + (\text{円} - 558,000\text{円}) \times 1\% \\ &80,100\text{円} + (\text{円} - 267,000\text{円}) \times 1\% \\ &57,600\text{円} \\ &35,400\text{円} \end{aligned} $	$ \begin{aligned} &\text{法定負担限度額} \\ &\text{円} \end{aligned} $	標準報酬月額				
					83~	53~79	28~50	26
								千円
								円
	資格取得	年 月 日	資格喪失	年 月 日				
	備考	第 回						

本人高額療養費・一部負担還元金支給申請書

平成 年 月 日
令和

※裏面、「記入上の注意」をご参照ください。

被保険者証の記号と番号	記号 番号	事業所の名称				
被保険者の氏名と印		〒	Ⓣ	生年 月日	昭和 平成 令和	年 月 日
被保険者の住所	〒 ()					
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			
診療を受けた病院等	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			
限度額適用認定の使用の有無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無		
市区町村等から医療助成制度を受けていますか	はい ・ いいえ (制度名)	はい ・ いいえ (制度名)	はい ・ いいえ (制度名)			
	(自己負担の 有 ・ 無)	(自己負担の 有 ・ 無)	(自己負担の 有 ・ 無)	(自己負担の 有 ・ 無)		
振込先名称	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)					

※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捺印願います。

委任状 (1・5改)	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	住所
	代理人 氏名	氏名
	被保険者の氏名	氏名

令和 年 月 日提出

受付日付印

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。

東京都医業健康保険組合

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
診療を受けた病院等	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
限度額適用認定の使用の有無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
市区町村等から医療助成制度を受けていますか	はい ・ いいえ (制度名)	はい ・ いいえ (制度名)	はい ・ いいえ (制度名)
	(自己負担の有 ・ 無)	(自己負担の有 ・ 無)	(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。領収書の(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。
- (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回以降は多数該当となり減額された負担額になります。
- (7) 市区町村等からの費用徴収がある方はその領収書の(写)市区町村等から還付済みの金額がある場合にはその通知書の(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。
- (10) 被保険者一部負担還元金〔診療区分ごと(処方箋交付による薬剤負担分を含める)一件ごとの法定負担額が41,000円を超えた場合支給対象。〕

法定負担限度額(保険診療窓口負担額(自費分〔食事療養負担・差額室料・文書料等〕除く)は裏面の「法定負担限度額一覧」をご覧ください。

【申請対象例】

- 限度額適用認定証を用いずに窓口にて各々の区分に応じ該当分を負担した場合で法定負担限度額を超えた場合
- 限度額適用認定証を用いた場合
* 70歳未満(区分エの場合) [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。]

(10の場合) 被保険者(本人)のみ
受診先一件(一箇所ごと)
41,000円以上
の窓口負担になった場合
↓
一部負担還元金に該当

(4の場合) (本人＋本人) (本人＋家族)
複数の受診先があるとき
21,000円以上の窓口負担が2件以上有り
合計金額が * 57,600 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

[70歳未満区分]27年1月から

区 分	報 酬 月 額	カウント1回～3回まで		多数該当(4回目～)
上 位	ア 83万円 以上	252,600円+(医療費－842,000円)×1%		140,100円
	イ 53万～79 万円	167,400円+(医療費－558,000円)×1%		93,000円
一 般	ウ 28万～50 万円	80,100円+(医療費－267,000円)×1%		44,400円
	エ 26万円 以下	57,600円		44,400円
低所得者	オ 非課税(住民税)	35,400円		24,600円

[70歳以上区分]14年10月から29年7月まで

区 分	カウント1回～3回まで				多数該当(4回目～)
現 役 並 み	外来(個人)		57,600円		—
	入院(世帯)		80,100円+(医療費－267,000円)×1%		44,400円
一 般	〔外来〕12,000円		〔世帯〕44,400円		—
低所得者 (Ⅱ・Ⅰ)	☆ 非課税(住民税)	外来	Ⅱ 8,000円	入院	24,600円
			Ⅰ 8,000円		15,000円

[70歳以上区分]29年8月から30年7月まで

区 分	カウント1回～3回まで		多数該当(4回目～)
現 役 並 み	外来(個人)		57,600円
	入院(世帯)		80,100円+(医療費－267,000円)×1%
一 般	外来(個人)		14,000円 (年間)144,000円上限
	入院(世帯)		57,600円 44,400円

☆非課税(住民税)同上

[70歳以上区分]30年8月から

区 分	報 酬 月 額	カウント1回～3回まで		多数該当(4回目～)
現役並みⅢ	83万円 以上	252,600円+(医療費－842,000円)×1%		140,100円
現役並みⅡ	53万～79 万円	167,400円+(医療費－558,000円)×1%		93,000円
現役並みⅠ	28万～50 万円	80,100円+(医療費－267,000円)×1%		44,400円
一 般	26万円 以下	〔外来〕18,000円 (年間)144,000円上限		
		〔世帯〕57,600円 44,400円		

☆非課税(住民税)同上

※被保険者75歳誕生日時の特例負担区分は組合ホームページか給付課まで願います。