

常務理事	事務長		担当者

ライク健康保険組合 御中

健康保険 **被保険者** **被扶養者** 高額療養費支給申請書(第 回目)



ご確認ください

※ 支給決定まで、診療月より3ヶ月以上かかります。

- ◎ 提出先：事業会社社員在籍中▼事業会社の社会保険事務担当部署、任意継続期間中または退職後▼当組合給付担当
- ◎ この申請書を提出するときは、振込先の預貯金通帳の写し等で銀行口座が確認できるものを必ず添付してください。
- ◎ 領収書のコピーを添付してください。
- ◎ 複数月の請求をする場合は、ひと月に1枚申請書をご記入ください。
- ◎ ケガが原因の場合は「負傷原因届」、他人の行為による場合は「第三者行為による傷病届」を添付してください。

健康保険証		所属する事業会社	名称	ライク株式会社	任意継続被保険者の方は 名称:「任意継続」と記入 所在地:記入不要	
記号	番号		所在地	大阪市北区角田町0-0-		
7 0 0 0	1 1 1 1 1					
① 被保険者の氏名	(フリガナ) ライク ハナコ	生年月日	昭和 平成 令和	4 8 0 9 1 5	日中連絡のとれる電話番号	090-9999-9999
被保険者の住所	郵便番号 (フリガナ) オオサカシキタクカクダチヨウ	大阪市北区角田町0-0-0-503				
診療月	1 平成 31 年 4 月度	ケガが原因の場合 その原因	2 「負傷原因届」を提出してください			
② 療養を受けた者の氏名	氏名 ライク 花子 生年月日 S48 年 9 月 15 日 (続柄: 本人)	氏名 ライク 一郎 生年月日 H9 年 3 月 27 日 (続柄: 長男)	氏名 生年月日 年 月 日 (続柄: )			
③ 傷病名	フリガナ カンキノウショウガイ 肝機能障害	フリガナ キカンシゼンソク 気管支喘息				
④ 療養を受けた医療機関等の名称	名称 江戸堀中央病院	名称 江戸堀中央病院				
所在地	所在地 大阪府大阪市西区江戸堀4-2-1	所在地 大阪府大阪市西区江戸堀4-2-1				
種類	種類 入院・外来・調剤	種類 入院・外来・調剤	3 入院・外来・調剤			
⑤ ④の医療機関等で療養を受けた期間	平成 31 年 4 月 9 日から (22 日間) 平成 31 年 4 月 30 日まで	平成 31 年 4 月 22 日から (3 日間) 平成 31 年 4 月 24 日まで	年 月 日から ( 日間) 年 月 日まで			
⑥ 医療機関等で支払った窓口負担のうち、保険診療の一部負担金額	4 90,000 円	22,000 円	円			
⑦ 自治体などから医療費の助成を受けられるかどうか	<input type="checkbox"/> 受けられる:窓口負担(有・無) (制度名) <input checked="" type="checkbox"/> 受けられない	<input checked="" type="checkbox"/> 受けられる:窓口負担(有・無) (制度名 大阪市乳幼児助成) <input type="checkbox"/> 受けられない	<input type="checkbox"/> 受けられる:窓口負担(有・無) (制度名) <input type="checkbox"/> 受けられない			
支払金融機関の欄	コスモス	銀行 金庫 協 梅田	本店 出張所 支店	営業部	支店コード	3 2 1
預金種別	1:普通	口座番号	7 6 5 4 3 2 1	口座名義人(申請者)	カタカナで記入 ライク ハナコ	
振込先を被保険者名義以外の口座に希望する場合は、必ず下記受取代理人欄に記入のこと(同一筆跡は不可)						
受取代理人の欄	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。			委任者と代理人との関係 令和 年 月 日		
被保険者(申請者)	氏名	住所				
代理人の氏名	(フリガナ)	住所	(フリガナ)			

令和 1 年 5 月 7 日提出

- ① 高額療養費の請求をされる診療月を記入。複数月ある場合は月ごとに1枚の記入が必要です。
- ② ケガが原因の場合はできるだけ詳しく記入し、別紙の「負傷原因届」を添付してください。
- ③ ②～⑦については、受診者別、医療機関別、受診区分(入院・外来)別に記入してください。
- ④ 医療機関等で支払った額のうち保険診療分についてのみご記入ください。  
自己負担限度額を超える場合、または21,000円を超える一部負担金が複数ある場合に記入してください。  
入院時の食事負担額、保険診療外となる差額室料等はこの額に含まれません。
- ⑤ 健康保険のほかに、自治体などから医療費の助成を受けられるかどうかをご記入ください。  
受けられる場合は、窓口負担の有無と制度名もご記入ください。
- ⑥ 給付金の受取を代理人に委任する場合は、委任者と受取代理人それぞれの署名が必要です。

(高額療養費)

窓口で支払う一部負担金が高額になったときは、自己負担限度額を超えた額が申請により支給されます。自己負担限度額は、所得により決定し、月の1日から月末までの月単位で計算します。



(自己負担限度額) 70歳未満の被保険者・被扶養者

Table with 3 columns: 所得区分, 1~3回目, 4回目以降(※1). Rows include 標準報酬月額83万円以上, 53~79万円以上, 28~50万円以上, 26万円以下, and 低所得者 被保険者が住民非課税者(※2).

- ※1 今回申請の診療月以前の12ヶ月以内に、すでに3回以上高額療養費の支給を受けている場合については、4回目以降の自己負担限度額が軽減されます。
※2 被保険者が、今回申請の診療月の属する年度(4月から7月診療分については前年度)分の住民税が非課税である場合をいいます。
・被保険者が住民税非課税で自己負担限度額35,400円の適用を受けるためには、住民税非課税証明書(原本)を添付してください。ただし、この申請書の下欄に証明を受けた場合は、証明書の添付は必要ありません。
・既に証明書等を提出している方の非課税年度(8月から翌年7月までの間)内、2回目以降の高額療養費申請には再度の証明書添付は必要ありません。

(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 ①欄の被保険者の印は、本人が署名する場合には不要です。
3 ②~⑦欄は、下記について記入してください。
同一月に受診者別、医療機関別、入院・通院別であって、(70歳未満の被保険者・被扶養者)
ア)上記の自己負担限度額を超える一部負担金額
イ)21,000円を超える複数の一部負担金で、合計すると上記の自己負担限度額を超える場合、その一部負担金額(70歳以上の被保険者・被扶養者)
ウ)全ての一部負担金額
4 ⑦欄は、自治体などから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ものに✓印をつけ、制度下記記号(ア~オ)とオの場合は制度名を記入してください。
ア. 「児童福祉法」による育成医療の給付等
イ. 「身体障害者福祉法」による更生医療に要する費用の支給
ウ. 「精神保健及び精神障害者福祉法に関する法律」による医療の給付
エ. 「母子保健法」による養育医療の給付等
オ. その他
5 ⑥欄は、医療機関等で支払った領収書を確認し、「保険診療」の一部負担金額を記入してください。
※ 入院時食事療養標準負担額、特別室料、保険外診療分等は除きます。
6 下の⑧⑨欄は、今回申請の診療月以前の12ヶ月以内に、ライク健保にて高額療養費の支給を3回以上受けた場合に、直近3回分についてそれぞれ記入してください。
※ 12ヶ月以内に限認証を利用した月や任意継続などで記号番号が変更になった月も含みます。

(その他の注意)

- 1 高額療養費申請には、医療機関等へ支払った一部負担金額記載の領収書コピーを必ず添付してください。
2 高額療養費の算定は、医療機関等からのレセプト(診療報酬明細書)にもとづき計算されます。レセプトは審査機関を経由して診療月の翌々月に、ライク健保へ提出されるため、計算が確定するまで3ヶ月以上かかります。
3 保険外診療(レーシック、インプラント等)にかかった費用は高額療養費の払戻対象とはなりません。
4 療養費(装具等)を10割負担後払戻された7割分を差し引いた一部負担金額が21,000円以上となった場合は、同一月に医療機関別、入院・通院別の自己負担額が21,000円を超える医療費と合算して、自己負担限度額を超えた額が高額療養費として払戻を受けることができます。その場合は高額療養費申請を療養費支給申請と併せて行ってください。

Form with fields for ⑧ 診療月 (1. 平成・令和 年 月 診療分, 2. 平成・令和 年, 3. 平成・令和 年) and ⑨ 健康保険証 (記号, 番号). Includes a note: <<被保険者が住民税非課税者の場合>> 非課税証明書(原本)が取れない場合は、市区町村長に非課税であることの証明をもらってください。

市区町村長が証明する欄 ①の欄の者に、平成・令和 30 年度の市区町村税が課せられないことを証明する。 大阪市 北区長之印 〇川 △男