

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)

※ 支給決定まで、診療月より3ヶ月以上かかります。

ご確認ください



◎提出先：事業会社在籍中▼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。

被保険者（本人）が記入するところ	健康保険 被保険者								所属する 事業会社	名称																
	記号			番号						所在地																
	① 被 保 険 者 の ( 申 請 者 ) 氏 名		(フリガナ)								昭和 平成 令和		年	月	日	日中連絡のとれる電話番号										
	被 保 険 者 の ( 申 請 者 ) 所 住		郵便番号				(フリガナ)																			
	診 療 月		年				月 度		ケガが原因の場合は その原因		「負傷原因届」を提出してください															
	②療養を受けた者の 氏名生年月日および被保険者との 続柄		氏名				生年月日		年		月		日		氏名		生年月日		年		月		日			
			(続柄:														(続柄:									
	③ 傷 病 名		フリガナ																							
	④療養を受けた医療機関 等の名称および所在地		名称		所在地		種類		入院		・ 外来		・ 調剤		入院		・ 外来		・ 調剤		入院		・ 外来		・ 調剤	
	⑤ ④の医療機関 等で療養を受けた 期間		年		月		日から		( 日間)		年		月		日から		( 日間)		年		月		日から		( 日間)	
	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						円								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 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				<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		預金 種別		1:普通		口座 番号										口 座 名義人 (申請者)		カタカナで記入							
	受取 代理 人の 欄		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)																							
			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)						代理人 の住所		(フリガナ)														

健 保 記 入 欄	算定基礎		診療点数×10円				自己負担額				診療点数×10円											
	( 円 ) × 123 / 10 = ( 円 )		( 円 ) × 123 / 10 = ( 円 )		( 円 ) × 123 / 10 = ( 円 )		252,600円 + ( 円 - 842,000) × 1%		167,400円 + ( 円 - 558,000) × 1%		80,100円 + ( 円 - 267,000) × 1%		140,100円		93,000円		57,600円					
	( 円 ) × 123 / 10 = ( 円 )		( 円 ) × 123 / 10 = ( 円 )		( 円 ) × 123 / 10 = ( 円 )		44,400円		35,400円		24,600円		15,000円		12,000円		8,000円		20,000円		10,000円	
	支給算出額		所得の 種類		ア・イ・ウ・エ・オ 1:一般 2:生活保護、I		3:現役並み所得者 4:非課税、II		現存 喪失後		令和 年 月 日提出											
	資格取得日		年 月 日		単独・合算		0:単独 1:合算															
	資格喪失日		年 月 日		多数該当		0:無 1:有															
	扶養認定日		年 月 日		第三者行為		0:無 1:有															
	扶養削除日		年 月 日		高齢受給者		0:無 1:有															

(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

所得区分	1～3回目	4回目以降(※1)
標準報酬月額83万円以上	252,600円+(総医療費-842,000円)×1%	140,100円
標準報酬月額53～79万円以上	167,400円+(総医療費-558,000円)×1%	93,000円
標準報酬月額28～50万円以上	80,100円+(総医療費-267,000円)×1%	44,400円
標準報酬月額26万円以下	57,600円	44,400円
低所得者 被保険者が住民非課税者(※2)	35,400円	24,600円

※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。

今回申請の診療月以前12ヶ月以内に、ライク健保から高額療養費の支給を3回以上受けた場合、その直近の診療月、健康保険 被保険者記号番号	⑧ 診 療 月		1. 平成・令和                  年 月     診療分	2. 平成・令和                  年 月     診療分	3. 平成・令和                  年 月     診療分
	⑨ 健康保険 被保険者	記号			
		番号			

市区町村長が証明する欄	①の欄の者には平成・令和 年度の市区町村税が課せられないことを証明する。
	市区町村長名 <span style="float: right;">(印)</span>