

# 高額療養費支給申請書

- 被保険者（本人）  
 被扶養者（家族）

被 保 険 者 が 記 入 す と こ ろ	[1] 記号・番号	記号	番号	[2] 事業所の 名称				
	[3] 被保険者の 氏名			[4] 被保険者の 生年月日	昭和	年	月	日
	[5] 被扶養者の 氏名			[6] 被扶養者の 生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	[7] 診療年月	令和	年	月	診療分			
	[8] 処方せんを発行 した医療機関名				[9]医療機関での 自己負担額	円		
	[10] 調剤を受けた 薬局名	①			[11] 薬局での 自己負担額	円		
		②				円		
	③				円			
[12] 振込先 ※被保険者名義	銀行 信組 金庫 農協			本店 支店 出張所	(フリガナ)			
	預金種別	普通	当座	支店コード	口座番号			
上記のとおり院外処方による自己負担限度額超過のため、医科・調剤合算の高額療養費を申請します。								
令和 年 月 日 〒 -								
住所								
被保険者 氏名								
TEL								
ひかり健康保険組合理事長 殿								

※ 提出前に全て揃っているかチェックしてください。

添付書類  ① 医療機関の領収書のコピー  ③ 薬局の領収書コピー

② 医療機関の明細書のコピー  ④ 薬局の明細書コピー

**注意事項**

- 診療月ごとに申請書が1枚必要です。
- 診療において、医療機関（入院・外来別）とその医療機関が発行した処方せんにより調剤を受けた薬局での保険適用の自己負担額の合計が、**自己負担限度額を超えた場合、申請の対象となります。**

<自己負担限度額>

【70歳未満】 ※70歳以上75歳未満の高齢受給者がいる世帯では算定方法が異なりますのでお問い合わせ下さい。

区分	標準報酬月額	一月当たりの自己負担限度額（入院・外来別、医療機関別）	多数該当※1
ア	83万円以上	252,600円 + (総医療費 - 842,000円) × 1%	140,100円
イ	53万円～79万円	167,400円 + (総医療費 - 558,000円) × 1%	93,000円
ウ	28万円～50万円	80,100円 + (総医療費 - 267,000円) × 1%	44,400円
エ	26万円以下	57,600円	44,400円
オ	住民税非課税者	35,400円	24,600円

※1 高額療養費が直近12ヶ月の間に3回以上発生した世帯は、4回目から自己負担限度額が引き下げられます。

健 康 保 険 組 合 の 記 入 欄	資格取得日	平成・令和	年	月	日
	資格喪失日	平成・令和	年	月	日
	扶養認定日	平成・令和	年	月	日
	算出基礎	×			
	支給額	円			
	支払年月日	令和	年	月	日

支給支払決議書			
常務理事	事務長	経理担当	給付担当
備考			

受付日付印