

医療関係費用申請書

※保険診療で支払日の属する月の3ヵ月後の月末までに申請されたものが援助の対象です。

●申請者は太枠の各欄を記入してください。(ご本人が記入できない場合は代筆者氏名欄を記入してください)

氏名		生年月日		登録番号	
住所	〒			事務所受付日	
昼間の連絡先	電話	携帯			
代筆者氏名	(本人との関係：)				
保険種別 (○記入)	国保・協会けんぽ・組合健保・共済・国保組合・その他 () 付加給付は (有・無) 付加給付が有の場合、給付内容のわかる資料を添付してください。				

初めて申請される方または変更がある場合必ず記入してください。

被保険者名	《 本人 ・ 家族 (続柄：) 》		
保険者番号		保険者名	

●高額療養費や公費負担医療制度等について

該当する場合は、下記欄①②の太枠内に必ず○をつけてください。

①高額療養費に関わる世帯所得区分について		②公費負担医療制度等	
所得区分	◆1ヵ月の医療費が35,400円を超える場合、高額療養費制度に該当する場合があります。	制度名	限度額
ア	◆医療費の自己負担(保険診療分)が、1病院で入院・通院別で月額35,400円(薬代含む)を超える場合は、「 限度額認定証 」のコピーを添付してください。(詳細は裏面を参照してください。)	自立支援医療・更生医療	円
イ		重度障害者医療	円
ウ		肝炎医療費助成	円
エ		難病・特定疾患	円
オ		その他 ()	円

1 診療費(保険適用分のみ)・検診費の申請(病名・検診内容等は必ず記入してください)

領収書原本(受診者氏名、保険・保険外別の金額等が確認できるもの)を必ず添付してください。

いずれかに○	病名・検診内容等	受診日	医療機関名・診療科名等	金額
通院				
入院			科	円
通院				
入院			科	円
通院				
入院			科	円
通院				
入院			科	円
通院				
入院			科	円
通院				
入院			科	円
通院				
入院			科	円
合計				円

この申請書に記載された個人情報は、医療費等の支払事務及び健康相談等に活用するもので、個人情報保護法並びに当協会の個人情報保護規程に基づき取り扱います。

1ヵ月の医療費が高額になりそうな方は…

保険診療に係る自己負担金が、「自己負担限度額」

を超えた場合、超えた額が高額療養費として支給されます。ひかり協会は、この高額療養費制度を使っていただいた上で、自己負担となる金額に対しての援助となるため、まずはこの手続きをしてください。

また医療機関に提示すると、窓口での支払いが上限額までになる「限度額適用認定証」の交付を受けておきましょう。健康保険証に書いてある連絡先に、限度額適用認定証がほしいとお伝えください。

- 国保→ 市町村の国民健康保険課へ
- 協会けんぽ→ 協会けんぽの都道府県支部窓口へ
- 共済や組合→ 各共済や組合の給付保険係へ



➡ **協会へ医療費を申請されるとき、この「限度額適用認定証」のコピーを申請書に添付しお送りください。**

高額療養費の自己負担上限額⇒年齢や所得で上限額が設定されています。 ※2015年1月現在

所得区分	健保：標準報酬月額 国保：所得要件	1ヵ月当たりの自己負担上限額 計算式（3回目まで）	多数該当 （4回目以降）
70歳未満	ア 健保:83万円超 国保:901万円超	25万2600円+ (総医療費-84万2000円)×1%	14万100円
	イ 健保:53万~79万円 国保:600万~901万円	16万7400円 +(総医療費-55万8000円)×1%	9万3000円
	ウ 健保:28万~50万円 国保:210万~600万円	8万100円 +(総医療費-26万7000円)×1%	4万4400円
エ 健保:26万円以下 国保:210万円以下	一律 5万7600円	4万4400円	
オ 市区町村民税の非課税者等	一律 3万5400円	2万4600円	

こんな時ご注意ください

限度額適用認定証をとっていても、世帯合算や多数該当になったとき、再度手続きが必要となる場合があります！

多数該当とは？

直近12ヵ月で3回以上の高額療養費の利用があった場合は、4回目以降の自己負担額が変わります。
(上表中『多数該当』欄参照)

世帯合算とは？

自己負担は月単位で集計され、複数の医療機関にかかってそれぞれ2万1千円を超えている場合は高額療養費の対象になる場合もあります。
また、同じ公的医療保険に加入している家族も2万1千円を超えている場合は合算されます。

(例) 所得区分ウ・エ・オの場合

A病院	5万円
a薬局	2万円
B病院	1万5千円
b薬局	7千円
C病院	3千円

高額療養費の支給対象になる費用は
5万+2万+1万5千+7千=9万2千円

※院外処方の薬代も同一医療機関に含まれます。

※C病院3千円は2万1千円未満なので世帯合算の対象になりません。

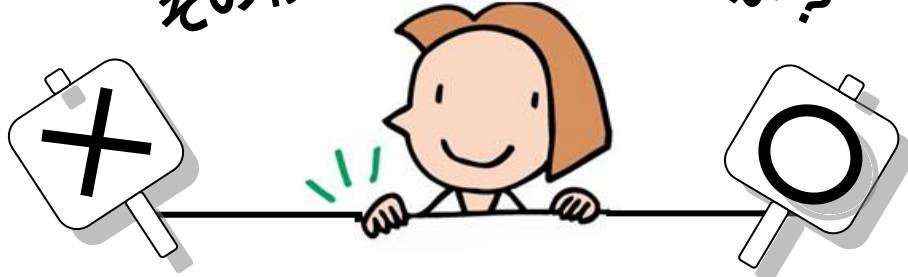


医療費を申請される方へ

- 高額療養費制度のほか、付加給付のある共済や組合健保の場合は、その給付額を除いた金額がひかり協会の援助となります。給付内容のわかる資料を申請書に添付してください。
- 保険者から還付のお知らせ等が届いた場合は、ひかり協会の事務所にご連絡ください。
- 申請書の書き方や、申請の手続き等で不明な点がある方は、最寄りのひかり協会の事務所へおたずねください。



その領収書、大丈夫ですか？



<p>領 収 書 2014年4月9日</p> <p>光山 協子 様</p> <p style="font-size: 2em; font-weight: bold;">¥ 2500.-</p> <p>大阪市中央区ひかり町1-3 TEL 06-6371-2160 たかはし医院</p>
--

<p>領 収 書 2014年4月9日</p> <p>光山 協子 様</p> <p style="font-size: 2em; font-weight: bold;">¥ 2500.-</p> <p>但 保険適用3割自己負担分 通院日：2014年4/1 4/8 4/9 大阪市中央区ひかり町1-3 TEL 06-6371-2160 たかはし医院</p>



✔ポイント！

- ◎ 受診者氏名が書かれているかどうか？
- ◎ 保険適用3割負担分の金額が分かるようになっているかどうか？
- ◎ 医院名や薬局名の印鑑があるかどうか？
- ◎ 通院日の記入があるかどうか？

2 がん・ウイルス性肝炎治療および無医地区・準無医地区・離島在住者の通院交通費の申請

- がん・ウイルス性肝炎の治療を受ける場合の交通費は50%の援助(協会指定の診断書の添付が必要)
- 無医地区・準無医地区在住者の交通費は全額援助
- 離島在住者の交通費は事前に承認されたもののみ援助

医療機関名	受診日	区間	交通機関	運賃 (片道)	割引制 度適用	回 数	金額 片道運賃×回数
				円	有・無		円
				円	有・無		円
				円	有・無		円
						合計	円

- 自家用車の場合は「交通機関」欄に「自家用車」と記入し、1kmあたり23円で計算してください。

③ 入院時食事療養費、入院（室料）差額、文書料の申請 領収書原本を必ず添付してください。

①入院時食事療養費： 50%援助

②入院（室料）差額： 50%援助で1日4,000円上限（自ら希望した場合（保険外併用療養費の適用にならない場合）は援助対象外）

末期がんで終末期医療受療者（※医師の証明書が必要）は1日8,000円上限

〔 注：入院（室料）差額は4人部屋までが対象。何人部屋かの証明書が必要です。
注：1～2人部屋の場合は必要性和必要期間を明示した医師の証明書を添付してください。 〕

③文書料：自立支援医療認定の申請時や協会が提出を求めた文書のみ援助します。

項目 (①・②・③)	期 間	実日数	金 額	備考 (自治体の入院時食事療養費援助がある場合は記入)
	～		円	
	～		円	
	～		円	
	～		円	
	～		円	

4 送金指定口座変更申請（変更のある方のみ記入してください）

金融機関名	支店名	口座番号	口座名義（カタカナ）

通信欄：
(住所変更等)

決定欄 ◆申請者は、次の欄には記入する必要はありません◆

決定内容		決定日	年	月	日
支出科目・細目	支給額	備 考			
	円				
	円				
	円				
	円				
	円				
	円				
	円				
合 計	円				
決裁にかかわる特記事項		センター長			担当者