

# 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<br>(自筆で記入) | 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<br>(○記入) | 国保・協会けんぽ・ <u>組合健保</u> ・共済・国保組合・後期高齢者<br>その他( ) 付加給付は(有・無)<br><b>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。</b> |    |        |

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 下記欄①②の該当するもの(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                    |              |   |
|-----------------------|--|---------|-------------------------------|--------------|---|
| 69歳以下の方               |  | 70歳以上の方 | 制度名                           | 限度額          |   |
| ア<br>イ<br>ウ<br>エ<br>オ | 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、「 <b>限度額認定証</b> 」のコピーを添付してください。<br>69歳以下であっても、後期高齢者医療制度の方は、70歳以上の所得区分になります。 | 現役並みⅢ   | 現役並みの所得区分Ⅰ、Ⅱ、Ⅲは中面の表を参照してください。 | 自立支援医療・更生医療  | 円 |
|                       |  | 現役並みⅡ   |                               | 重度障害者医療      | 円 |
|                       |  | 現役並みⅠ   |                               | 肝炎医療費助成      | 円 |
|                       |  | 一般      |                               | 難病・特定疾患      | 円 |
|                       |  | 非課税Ⅱ    |                               | 自治体の老人医療助成制度 | 円 |
|                       | 非課税Ⅰ   |         | その他( )                        | 円            |   |

1 診療費(保険適用分のみ)・健診費の申請(病名・症状・健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・症状・健診内容等 | 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  |
| 通院   |             |     |             |    |
| 入院   |             |     | 科           | 円  |
| この申請書に記載された個人情報、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。 |             |     |             | 合計 |
|  |             |     |             | 円  |

月ごとまとめての申請にご協力ください。

## 高額療養費の自己負担上限額

69歳以下であっても後期高齢者医療制度の方は、70歳以上の所得区分になります。

| 所得区分  | 健保：標準報酬月額<br>国保：所得要件   | ひと月の上限額（世帯ごと）                |                             | 多数該当<br>（4回目以降）             |          |
|-------|------------------------|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------|
| 69歳以下 | ア                      | 健保：83万円以上<br>国保：901万円超       | 252,600円＋（総医療費－842,000円）×1% |                             | 140,100円 |
|       | イ                      | 健保：53万～79万円<br>国保：600万～901万円 | 167,400円＋（総医療費－558,000円）×1% |                             | 93,000円  |
|       | ウ                      | 健保：28万～50万円<br>国保：210万～600万円 | 80,100円＋（総医療費－267,000円）×1%  |                             | 44,400円  |
|       | エ                      | 健保：26万円以下<br>国保：210万円以下      | 57,600円                     |                             | 44,400円  |
|       | オ                      | 市区町村民税の非課税者等                 | 35,400円                     |                             | 24,600円  |
| 所得区分  | 標報：標準報酬月額<br>課税所得：所得要件 | 外来（個人ごと）                     | ひと月の上限額<br>外来＋入院（世帯ごと）      | 多数該当<br>（4回目以降）             |          |
| 70歳以上 | 現役並み                   | Ⅲ                            | 標報：83万円以上<br>課税所得：690万円以上   | 252,600円＋（総医療費－842,000円）×1% | 140,100円 |
|       |                        | Ⅱ                            | 標報：53万円以上<br>課税所得：380万円以上   | 167,400円＋（総医療費－558,000円）×1% | 93,000円  |
|       |                        | Ⅰ                            | 標報：28万円以上<br>課税所得：145万円以上   | 80,100円＋（総医療費－267,000円）×1%  | 44,400円  |
|       | 一般                     | 標報：26万円以下<br>課税所得：145万円未満等   | 18,000円<br>（年144,000円）      | 57,600円                     | 44,400円  |
|       | 非課税                    | Ⅱ                            | 住民税非課税世帯                    | 8,000円                      | 24,600円  |
| Ⅰ     |                        | 住民税非課税世帯<br>（年金年収80万円以下など）   | 15,000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。

### 69歳以下の方の場合

#### （合算の例）

|     |         |
|-----|---------|
| A病院 | 50,000円 |
| a薬局 | 20,000円 |
| B病院 | 15,000円 |
| b薬局 | 7,000円  |
| C病院 | 3,000円  |

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21,000円以上**の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21,000円以上の場合は合算されます。

高額療養費の合算の対象になる費用は  
50,000円＋20,000円＋15,000円＋7,000円＝92,000円

※院外処方の薬代も同一医療機関に含まれます。  
※C病院3,000円は21,000円未満なので世帯合算の対象になりません。

### 70歳以上の方の場合

#### （合算の例）

|       |         |
|-------|---------|
| A病院入院 | 49,000円 |
| B病院外来 | 8,000円  |
| C薬局   | 4,000円  |

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いる場合も**負担額にかかわらず**合算することができます。この合算額が上限額を超えれば、高額療養費の対象となります。

高額療養費の合算の対象になる費用は  
49,000円＋8,000円＋4,000円＝61,000円

※院外処方の薬代も含まれます。

# 医療費を申請される方へ

- 1ヵ月の医療費の保険診療に係る自己負担金が、左ページの「自己負担上限額」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。ひかり協会からは、この**高額療養費制度**を使っただけで、残りの自己負担額への援助となります。
- また「**限度額適用認定証**」を医療機関の窓口で提示すると、窓口での支払いが**高額療養費制度**の上限額までになります。
- 高額療養費の支給や「**限度額適用認定証**」の交付は、健康保険証に書いてある連絡先（保険者）で手続きを行ってください。➡ **協会へ医療費を申請される時は、この「限度額認定証」のコピーを申請書に添付し、一緒にお送りください。**
- 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？

給付に必要な「領収書」の  
重要ポイント！

- ① 受診者氏名は書かれていますか？
- ② 保険適用分と保険外のそれぞれの金額は分けて書かれていますか？
- ③ 通院日は書かれていますか？
- ④ 領収日、医療機関・薬局名が書かれ、押印されていますか？

| 領 収 書                 |              | (例)           |
|-----------------------|--------------|---------------|
| 〇〇 〇〇〇 様              |              |               |
| 保険分合計                 |              | 8,000 円       |
| ①一部負担金(保険適用)          |              | 2,400 円       |
| ②保険外                  |              | 0 円           |
| 合計金額(①+②)             |              | 2,400 円       |
| 通院年月日: ××××年△月△日、△月▲日 |              |               |
| 負担割合: △割 保険点数: △△△点   |              |               |
| ××××年×月×日             |              |               |
| 上記合計金額を領収いたしました       |              |               |
| 住所                    | 大阪市中央区△▲△    |               |
| 医療機関名                 | 〇〇医院         |               |
| 氏名                    | 〇〇 〇〇        |               |
| 電話                    | ××-××××-×××× |               |
|                       |              | 〇〇<br>医院<br>印 |

## 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
- [注: 在住する都道府県内の医療機関への交通費が援助対象(ただし、隣県の隣接市町村は対象)]

| 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<br>片道運賃×回数 |   |
|---|-----|----|------|--------|--------|----|---------------|---|
|   |     |    |      | 円      | 有・無    |    | 円             |   |
|   |     |    |      | 円      | 有・無    |    | 円             |   |
|   |     |    |      | 円      | 有・無    |    | 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。 |     |    |      |        |        |    | 合計            | 円 |

**3 入院時食事療養費、入院時生活療養費、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入院時生活療養費：50%援助。
- ③入院（室料）差額：**注** 別途申請書が必要なため、協会にお問い合わせください。
- ⑦ 障害等で一般の病室では他の患者の療養に影響を及ぼす場合などで、特別療養環境室（差額ベッド）の利用を選択せざるを得ないとき援助の対象です。50%援助で1日4,000円上限。
- ⑧ がんで終末期医療を入院して受けている場合であって、特別療養環境室（差額ベッド）の自己負担があるとき援助の対象です。1日8,000円上限。90日限度。
- ④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<br>(①~④) | 期 間 | 実日数 | 金 額 | 備 考 (①入院時食事療養費、②入院時生活療養費<br>で自治体の援助がある場合は記入する。) |
|-------------|-----|-----|-----|---|
|             | ～   |     | 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） |
|-------|-----|------|--|------------|
|       |     | 普通   |  |            |
|       |     | ( )  |  |            |

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   |       |  |     |
| 0310 診療費    | 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 |