

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 (自筆で記入)	電話 番号	登録番号
代筆者氏名	(本人との関係:)	事務所受付日
保険種別 (○記入)	国保・協会けんぽ・後期高齢者 組合健保・共済・国保組合 ⇨ 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やご加入の健康保険が**変更**になった場合、必ず記入してください。

被保険者名	《 本人 ・ 家族 》	保険者名
-------	-------------	------

1ヵ月の医療費(薬を含む)の合計が8,000円を超える場合は、適用区分の確認が必要となります。

適用区分の確認ができない場合、3割負担の方は現役並みⅠ、1割・2割負担の方は低所得Ⅰの上限額までの援助となります。※適用区分の確認方法の詳しい説明については、中面をご覧ください。

- ① 高額療養費に関わる適用区分について、下の該当する区分の**太枠内**に○をつけてください。
② ①で○をつけた区分を確認した方法について、下の該当する**太枠内**に○をつけてください。

【確認した日】は**年1回**(8月から翌年7月の間)及び**適用区分の変更**の際は必ずご記入ください。

①適用区分	②適用区分を確認した方法
現役並みⅢ	マイナポータルで確認 →【確認した日 年 月 日】 ※適用区分が表示された画面の印刷が可能 な方は印刷したものを提出してください
現役並みⅡ	
現役並みⅠ	保険者(自治体や協会けんぽ等)や医療機関・調剤薬局で確認 →【確認した日 年 月 日】
一般	
低所得Ⅱ	「限度額適用認定証」や適用区分が表示された「資格確認証」などで確認 ※写しを提出してください
低所得Ⅰ	

●公費負担医療制度等
について、該当するものがあれば太枠内に必ず
○をつけてください。

公費負担医療制度等	
自立支援医療・更生医療	難病・特定疾患
重度障害者医療	自治体の老人医療助成制度
肝炎医療費助成	その他 ()

1 診療費(保険適用分のみ)・健診(検診)費の申請
領収書原本を必ず添付してください。

月ごとまとめた申請にご協力ください

受診月	申請内容(いずれかに○)	病名 [健診(検診)の場合は内容等]	金 額
月	通院 / 入院 / 健診(検診)		円
月	通院 / 入院 / 健診(検診)		円
月	通院 / 入院 / 健診(検診)		円
月	通院 / 入院 / 健診(検診)		円
月	通院 / 入院 / 健診(検診)		円
月	通院 / 入院 / 健診(検診)		円

《適用区分の確認のお願い》

1ヵ月の医療費の保険診療に係る自己負担金が、「自己負担上限額」を超えた場合、その超えた額が高額療養費として保険者から支給されます。ひかり協会は、この高額療養費制度を利用した残りの自己負担額を援助します。そのため高額療養費の「自己負担上限額」がわかる適用区分の確認をお願いします。（適用区分は前年の所得に応じて決まり毎年8月から適用されます。ただし、その間に世帯構成の変更などがあった場合は適用区分が変更になることがあります。）

1. 適用区分の確認方法

マイナ保険証を利用している方

マイナポータルにログインできる方

- ①マイナポータルにログインします。
- ②健康保険証の項目をみます。
- ③健康保険証の情報の中に「**限度額適用認定証関連の情報**」があります。
- ④そこに書かれている【**適用区分**】の内容を確認してください。

マイナポータルにログインできない方

保険者（国保・協会けんぽ等）もしくは医療機関・調剤薬局の窓口で、【**適用区分**】または【**通院した時・入院した時のひと月の上限額**】についてお問い合わせください。

従来の健康保険証を利用している方

保険者（国保・協会けんぽ等）に「**限度額適用認定証**」の交付申請をしてください。

交付された場合

限度額適用認定証の写しを医療費申請の時に同封してください。

交付されなかった場合

保険者（国保・協会けんぽ等）に【**適用区分**】または【**通院した時・入院した時のひと月の上限額**】についてお問い合わせください。

資格確認証を利用している方

適用区分の表示がある

資格確認証の写しを医療費申請の時に同封してください。

適用区分の表示がない

保険者（国保・協会けんぽ等）に【**適用区分**】または【**通院した時・入院した時のひと月の上限額**】についてお問い合わせください。

2. 適用区分がわかった方

👉 前のページの①適用区分のいずれかに○をしてください。

3. 通院した時・入院した時のひと月の上限額がわかった方

👉 右のページの「高額療養費の自己負担上限額」の表で適用区分が何にあたるか確認し、前のページの①適用区分のいずれかに○をしてください。

「高額療養費の自己負担上限額」(70歳以上)

適用区分	ひと月の上限額		多数該当 (4回目以降)
	外来(個人ごと)	外来+入院 (世帯ごと)	
現役並みⅢ	252,600円+(総医療費-842,000円)×1%		140,100円
現役並みⅡ	167,400円+(総医療費-558,000円)×1%		93,000円
現役並みⅠ	80,100円+(総医療費-267,000円)×1%		44,400円
一般	18,000円 (年間144,000円)	57,600円	44,400円
低所得Ⅱ	8,000円	24,600円	—
低所得Ⅰ		15,000円	—

付加給付について

組合健保・共済・国保組合にご加入の方は、付加給付があるかどうかご確認ください。

■高額療養費制度のほか、付加給付のある組合健保・共済・国保組合にご加入の場合は、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。給付額のわかる資料を申請書に添付してください。

その領収証、大丈夫ですか？

給付に必要な「領収証」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が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 証 (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

××××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
医院
印

※領収証は原本が必要となります(コピーは不可)

※援助の対象は保険適用分となります(保険外は援助の対象外)

2 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 (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 で自治体の援助がある場合は記入する。)
	～		円	
	～		円	
	～		円	
	～		円	

3 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 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

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
		普通 ()	カタカナ

5 通信欄

(医療関係費用申請書の送付希望 住所変更等)