

医療費申請書の書き方について



70歳以上の方、また69歳以下で後期高齢者医療制度を利用している方を対象とした申請書の書き方です。

医療関係費用申請書 (高齢期医療制度対象者用)

※保険診療で支払月の属する月の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)	昼間の 連絡先	Tel	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・組合健保・共済・国保組合 後期高齢者・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

●高額療養費に関わる世帯所得区分について、該当する所得区分(太枠内)に○をつけてください。

1ヵ月の医療費が8,000円を超える場合は、必ず下記の認定証の写しを年1回提出してください。
(所得区分は毎年見直されるため、毎年、認定証の確認が必要です。また保険種別、所得区分等に変更があった場合もその都度、認定証の写しを提出してください。)

所得区分	備考
現役並みⅢ ※1	必ず保険者に確認し、確認日を記入してください
現役並みⅡ	「限度額適用認定証」の写しを提出してください
現役並みⅠ	
一般 ※1	必ず保険者に確認し、確認日を記入してください
非課税Ⅱ	「限度額適用・標準負担額減額認定証」の写しを提出してください
非課税Ⅰ	

保険者に確認した日※2
年 月 日

所得区分の確認方法については、中面をご覧ください。

※1 所得区分が「現役並みⅢ」「一般」の方は認定証の発行がないため、毎年保険者へ確認が必要です。
※2 確認日は申請ごとの記入は不要ですが、年1回 および 所得区分の変更の際は必ず記入してください。

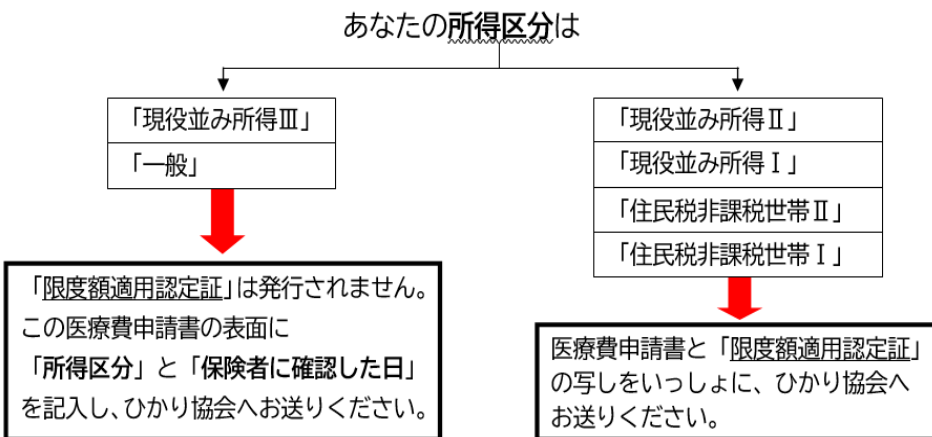
●公費負担医療制度等について、該当するもの(太枠内)に必ず○をつけてください。

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(検)診費の申請
該当する申請内容に○をつけてください。

月ごとまとめた申請にご協力ください

受診月	申請内容	病名 (健診(検診)の場合は健診内容等)	金額



- 署名は自筆で記入してください。
- 保険種別や付加給付の有無、世帯所得区分や公費負担医療制度については、医療費の援助額を決定する際に必要になります。必ず該当箇所に【○】を記入してください。
- 申請は月ごとまとめた申請にご協力ください。
- みなさんの健康状態を把握するため病名は必ずご記入ください。

●所得区分が「現役並みⅢ」「一般」の方は、「限度額認定証」の発行がありません。保険証に記載されている保険者に、所得区分を確認し、ご記入ください。

所得区分は毎年見直されるため、毎年、限度額認定証の提出または所得区分の確認が必要です。

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
医院
印