

# 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)	昼間の 連絡先	Tel	登録番号
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 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		
			事務所受付日

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	保険者に確認した日※2
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	年 月 日
現役並みⅡ 現役並みⅠ	「限度額適用認定証」の写しを提出してください	
一般 ※1	必ず保険者に確認し、確認日を記入してください	所得区分の確認方法については、中面をご覧ください。
非課税Ⅱ 非課税Ⅰ	「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	

※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	
<input type="checkbox"/> 自立支援医療・更生医療	<input type="checkbox"/> 難病・特定疾患
<input type="checkbox"/> 重度障害者医療	<input type="checkbox"/> 自治体の老人医療助成制度
<input type="checkbox"/> 肝炎医療費助成	<input type="checkbox"/> 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

領収書原本を必ず添付してください。

受診月	申請内容	病名 [健診(検診)の場合は内容等]	金額
月	通院 / 入院 / 健(検)診		円
月	通院 / 入院 / 健(検)診		円
月	通院 / 入院 / 健(検)診		円
月	通院 / 入院 / 健(検)診		円
月	通院 / 入院 / 健(検)診		円
月	通院 / 入院 / 健(検)診		円

# 医療費を申請される方へ

限度額認定証の申請またはご自身の所得区分の確認をしてください

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ていた残りの自己負担額への援助となります。

そのため所得区分によって異なる高額療養費の「自己負担上限額」を確認する必要があり、保険者へ限度額認定証の申請、または所得区分の確認をお願いしています。

- 「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。

## 「限度額適用認定証」の申請手続き および 所得区分の確認方法

① 保険証の「保険者欄」に記載されている機関名を確認し、連絡先を調べましょう。

例) 後期高齢者医療広域連合、国保組合、共済、協会けんぽ など

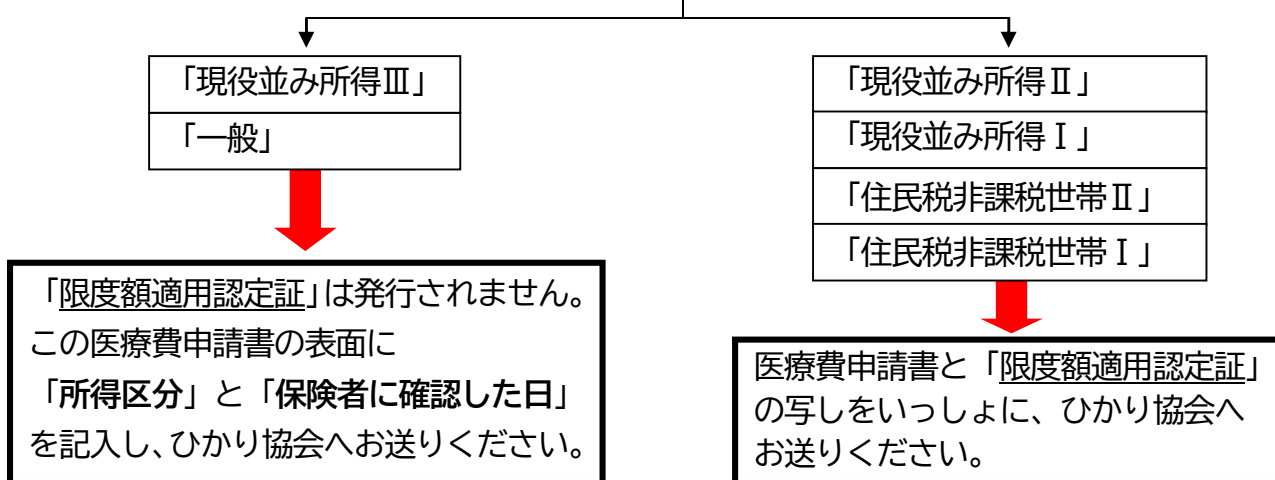
② 保険証に書かれている「記号」と「番号」を確認しておきましょう。

③ 保険証を手元において、保険者に電話をして、下記のことをお伝えください。

「限度額認定証の申請をしたいです。保険証の記号と番号は〇〇〇です。」 または

「私の所得区分を確認したいので、教えてください。保険証の記号と番号は〇〇〇です。」

### あなたの所得区分は



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。

## 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	標報：標準報酬月額 課税所得：所得要件		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)		
70歳以上	現役並み	Ⅲ	標報：83万円以上 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 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 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 課税所得：145万円未満等	18,000円 (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 (年年収80万円以下など)		15,000円	-

## 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

## 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 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。
  - ㊦ 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。
  - ㊧ 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	

**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