高額療養費の申請について

福岡県薬剤師国民健康保険組合
℡ 092－262－8931

医療機関に支払った窓口負担が高額療養費自己負担限度額を超えた分を高額療養費として支給する制度です。

「申請の注意点」

① 診療日からの１ヶ月ではなく、暦月の1日から末日までを1ヶ月とします。

② 病院や診療所で支払った窓口負担が、それぞれ 21,000 円以上あれば高額療養費の対象として合算できます。また 70 歳以上の方は、外来分は個人ごとに全額合算できます。

③ 総合病院などは診療科ごとに、また入院と外来、医科と歯科はそれぞれ別々に計算します。ただし、入院時に歯科以外で診療を受けたときは合算します。

④ 院外処方箋により薬剤の処方を受けた場合は、医療機関分と薬局分を合算できます。

⑤ 同世帯の方が同じ月に 21,000 円以上の窓口負担を 2 件以上支払った場合は、それらを合算して自己負担限度額を超えた額を支給します。

⑥ 入院時の食費や居住費（生活療養標準負担額）、差額ベッド代、歯科の自由診療などは高額療養費の対象になりません。また、保険診療以外の分も対象になりません。

「申請のしかた」

1. 高額療養費支給申請書に（記入例を参考に）記入し、組合に請求してください。
2. 病院や薬局の領収書の写し・個人番号（マイナンバー）カードの写しを添付してください。
3. 同一被保険者番号の世帯全員の所得を証明する書類。下記表のいずれかをご提出ください。

診 療 年 月	R5 年 8 月～R6 年 7 月	R6 年 8 月～R7 年 7 月
① 市町村税・県民税特別徴収税額通知書の総所得金額がわかる所の写し	令和 5 年度証明書 （令和 4 年度分の所得）	令和 6 年度証明書 （令和 5 年度分の所得）
② 所得証明書（市町村発行） 所得の内訳欄記入のもの（原本）	令和 5 年度証明書 （令和 4 年度分の所得）	令和 6 年度証明書 （令和 5 年度分の所得）

※なお、所得の証明の添付がない場合は、上位所得者として取り扱われます。

① 令和6年度市県民税納税通知書・市県民税特別徴収税額決定通知書(納税義務者

※令和6年5月下旬頃～6月初め頃に各市区町村より発行されたものになります。

② 市民税・県民税(所得・非課税)証明書

住所					
氏名		生年月日		性別	

年度	税目	課税標準額		市民税		県民税		年税額
				所得割	均等割	所得割	均等割	
令和6年度	市県民税	総合	¥40 千	¥1,200	¥3,500	¥800	¥2,000	¥7,500
		分離	¥0 千					

令和5年分 総所得金額	¥470,000

令和5年分所得の内訳		
種類		金額
給与	収　入	(　¥1,020,000　)
	内専従	(　¥0　)
	所　得	¥470,000
公的年金収入 雑(年金)		(　¥0　) ¥0
※以下空白※		

所得控除の内訳				
※以下空白※	配偶者控除		一般	¥0
			老人	
	扶養控除		一般	¥0
			特定	
			老人	
			同老	
			16未	
	障害者控除	本人	特障	¥0
			普障	
		扶養	他障	
			特障	
			同障	
	基礎控除			¥430,000
	所得控除合計			¥430,000

※各市区町村の窓口で発行（有料）

（記入例）

国民健康保険高額療養費支給申請書

被保険者証の番号	○○○○○○○○	診療年月	令和○年○○月診療分
個人番号（12桁のマイナンバー）		○○○○-○○○○-○○○○	

療養を受けた者の氏名 生年月日	①　国保　花子 昭和 ○○年○○月○○日	②　国保　花子 昭和 ○○年○○月○○日	③ 年　月　日
医療機関等名称	○○○○○○○○病院	○○○○調剤薬局	
入院・外来の別	(入院)・外来	入院・(外来)	入院・外来
医療機関等で支払った金額	○○○○○ 円	○○○○○ 円	円
国保以外の他制度により自己負担相当額またはその一部を受けられますか	受けられる制度名 費用徴収額　円 受けられない	受けられる制度名 費用徴収額　円 受けられない	受けられる制度名 費用徴収額　円 受けられない
療養を受けた者の氏名 生年月日	④ 年　月　日	⑤ 年　月　日	⑥ 年　月　日
医療機関等名称			
入院・外来の別	入院・外来	入院・外来	入院・外来
病院等で支払った金額	円	円	円
国保以外の他制度により自己負担相当額またはその一部を受けられますか	受けられる制度名 費用徴収額　円 受けられない	受けられる制度名 費用徴収額　円 受けられない	受けられる制度名 費用徴収額　円 受けられない

今回申請の診療月以前1年間に高額療養費支給を3回以上受けている場合は直近の診療月から記入して ください。

令和　年　月診療分	令和　年　月診療分	令和　年　月診療分

振込先				
	☐公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要） ☑振込口座を指定する（下記に口座情報をご記入ください） **※公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単にご登録いただけます。**			
	金融機関名 ○○○銀行	店　名 ○○○支店	種　目 普通預金	口　座　番　号 ○○○○○○○
	名　義　人	フリガナ　コクホ　ハナコ 国保　花子		

福岡県薬剤師国民健康保険組合理事長殿

上記のとおり申請します。

令和　○ 年○○月○○日

〒○○○－○○○○　　TEL （○○○） ○○○－○○○○

申請者（組合員）　自宅住所　福岡市○○○○○○番地

氏　名　国保　花子　㊞

◇診療月別に申請してください。
◇入院時の食事療養費の標準負担額や特別室・歯科材料などの差額料金は対象外です。

必要箇所にご記入のうえ
医療機関の領収書の写しを添付してください

①高額療養費の申請は、ひと月ずつ　です。月がまたがっている場合は

②今回該当する傷病について他の制度(公費になる等)で自己負担相当額又は、その一部の助成がある場合は、その制度名、金額を記入してください。

他の制度から助成が無い場合は、受けられないに○を付けてください。

③受取方法
振り込みとなります。
振込方法(口座情報)についてご記入ください。

④日付、住所、申請者名を記入のうえ押印して下さい。

国民健康保険高額療養費支給申請書

被保険者証の番号		診療年月	令和　　年　　月診療分
個人番号（12桁のマイナンバー）			

療養を受けた者の氏名 生年月日	① 年　月　日	② 年　月　日	③ 年　月　日
医療機関等名称			
入院・外来の別	入 院 ・ 外 来	入 院 ・ 外 来	入 院 ・ 外 来
医療機関等で支払った金額	円	円	円
国保以外の他制度により自己負担相当額またはその一部を受けられますか	受けられる制度名 費用徴収額　　円 受けられない	受けられる制度名 費用徴収額　　円 受けられない	受けられる制度名 費用徴収額　　円 受けられない
療養を受けた者の氏名 生年月日	④ 年　月　日	⑤ 年　月　日	⑥ 年　月　日
医療機関等名称			
入院・外来の別	入 院 ・ 外 来	入 院 ・ 外 来	入 院 ・ 外 来
病院等で支払った金額	円	円	円
国保以外の他制度により自己負担相当額またはその一部を受けられますか	受けられる制度名 費用徴収額　　円 受けられない	受けられる制度名 費用徴収額　　円 受けられない	受けられる制度名 費用徴収額　　円 受けられない

今回申請の診療月以前1年間に高額療養費支給を3回以上受けている場合は直近の診療月から記入して ください。

令和　　年　　月診療分	令和　　年　　月診療分	令和　　年　　月診療分

振込先				
	☐公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要） ☐振込口座を指定する（下記に口座情報をご記入ください） **※公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単にご登録いただけます。**			
	金融機関名	店　名	種　目	口 座 番 号
			普通預金	
	名 義 人	フリガナ		

福岡県薬剤師国民健康保険組合理事長殿

上記のとおり申請します。

令和　　年　　月　　日

〒　　TEL（　　）　　－

申請者（組合員）

自宅住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞

◇診療月別に申請してください。

◇入院時の食事療養費の標準負担額や特別室・歯科材料などの差額料金は対象外です。