

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		①	②		③								
性別	男・女	男・女	男・女	男・女	男・女	男・女							
生年月日	昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日							
療養を受けた病院等の	名称												
	所在地												
入院・外来の別		入院・外来	入院・外来	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	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	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		④	⑤		⑥								
性別	男・女	男・女	男・女	男・女	男・女	男・女							
生年月日	昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日							
療養を受けた病院等の	名称												
	所在地												
入院・外来の別		入院・外来	入院・外来	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	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	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
受取方法	銀行	本店	種目	口座番号									
	信用金庫	支店	普通預金										
	信用組合	出張所											
	フリガナ	-----											
	口座名												
上記のとおり申請します。													
令和 年 月 日													
〒 市 区 丁目 番 号 電話													
住所													
組合員 氏名													
氏名 ⑦													
福岡県薬剤師国民健康保険組合理事長殿													

◇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。 (表面)

◇必ず個人番号(マイナンバー)カードまたは個人番号通知カードの写しを添付してください。

(記入例) 国民健康保険高額療養費支給申請書

※赤で囲んでいる部分に記入、印鑑を押して下さい。

被保険者証の番号	〇〇〇〇〇〇〇〇	診療年月	令和〇年〇月診療分
① 個人番号(12桁のマイナンバー)			
療養を受けた者の氏名	①	②	③
性別	国保 太郎 男・女	国保 太郎 男・女	男・女
生年月日	昭平 〇〇年 〇月 〇〇日	昭平 〇〇年 〇月 〇〇日	昭平 年 月 日
療養を受けた病院等の	名称	〇〇〇〇〇〇〇〇病院	〇〇〇〇〇〇〇〇薬局
	所在地	〇〇〇〇〇〇番地	〇〇〇〇〇〇番地
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	〇〇〇〇 円	〇〇〇〇 円	円
② 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	受けられる制度名	受けられる制度名
	費用徴収額 円	費用徴収額 円	費用徴収額 円
療養を受けた者の氏名	④	⑤	⑥
性別	男・女	男・女	男・女
生年月日	昭平 年 月 日	昭平 年 月 日	昭平 年 月 日
療養を受けた病院等の	名称		
	所在地		
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	受けられる制度名	受けられる制度名
	費用徴収額 円	費用徴収額 円	費用徴収額 円
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
③ 受取方法	〇〇〇〇 銀行	本店	種目
	信用金庫	〇〇〇〇 支店	普通預金
	信用組合	出張所	当座預金
	口座番号	〇〇〇〇〇〇〇〇	
	フリガナ	コクホ タロウ	
	口座名	国保 太郎	
④ 上記のとおり申請します。			
	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日		
	〒 〇〇〇-〇〇〇〇	TEL 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇	
住所	福岡市〇〇〇〇〇〇番地		
組合員氏名	国保 太郎 印		
福岡県薬剤師国民健康保険組合理事長殿			印鑑を押してください

① 高額療養費の申請は、1ヶ月ずつです。月をまたいでいる場合は、申請書は2枚必要になります。

② 今回該当する傷病について他の制度(公費等)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、金額を記入して下さい。他の制度から助成が無い場合は、受けられないに〇を付けてください。

③ 受取方法振り込みとなります。振込先情報を記入してください。

④ 日付、住所、申請者名を記入のうえ押印して下さい。

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

TEL 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)通知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	R2年8月～R3年7月	R3年8月～R4年7月
① 市町村税・県民税特別徴収税額通知書の <u>総所得金額がわかるところの写し</u>	令和2年度分証明書 (令和元年度分の所得)	令和3年度分証明書 (令和2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2年度分証明書 (令和元年度分の所得)	令和3年度分証明書 (令和2年度分の所得)

※なお、所得の証明が添付ない場合は、上位所得者として取り扱われます。