

高額療養費支給申請書 【記入の仕方】

※支給決定まで最短で診療月から4ヶ月かかります。医療機関から当組合への請求状況によってはさらに時間を要する場合があります、支給を早めることはできません。

令和7年1月現在

項 目	内 容
①被保険者記号番号	①マイナポータル②資格情報のお知らせ③資格確認書(健康保険証)のいずれかで確認 ※枝番は不要 ※退職後の申請の場合は、在職時の記号と番号をご記入ください(不明な場合空欄可)
②会社の名称	所属会社の名称を記入
③被保険者の氏名	被保険者の氏名とフリガナを記入
④生年月日	被保険者の生年月日を記入
⑤住所	送付物が必ず届く住所を記入(審査後に決定通知書を送付します) ※登録と異なる住所でも構いません ※申請から決定まで数ヶ月時間を要します。その間住所変更した場合は、ご連絡ください。または郵便局で転送の手続きを行ってください。
⑥連絡先電話番号	被保険者に日中連絡がとれる電話番号(携帯可)
⑦療養を受けた者の氏名	・被保険者本人であれば同名を記入 ・家族であれば、家族の氏名を記入
⑧傷病名	病院で治療を受けた病名を記入(リウマチ／〇〇〇骨折 等簡単に)
⑨名称および所在地	名 称:療養をうけた医療機関(病院・薬局)の名称を記入 所在地:その医療機関の住所
⑩⑨の病院等での療養期間及び入院通院区	・請求対象月の中で、療養を受けた期間を記入 ・同月内であれば1枚に記入。月をまたがる時は月毎に各1枚必要 ・入院か通院どちらかに○をする
⑪⑩の期間に病院等で支払った額	病院(調剤薬局)の窓口で支払った金額(本人負担分)を記入。空欄でも可
⑫振込先銀行口座	高額療養費の振込み先の金融機関を記入(被保険者と同一名義の口座) 普通預金口座を記入

※上記の③～⑫までは請求の都度、必ず自筆によりご記入ください。コピー等直筆以外の申請書は受理できませんのでご注意ください。

◎添付書類

- ・負傷理由報告書 : ⑧の傷病名が外傷の場合のみ
- ・(非)課税証明書原本 : 非課税世帯の方

◎被保険者が亡くなっている場合

- 1、③の被保険者氏名の欄には申請者の名前をご記入ください。
- 2、⑤の被保険者の住所の欄には申請者の住所をご記入ください。
- 3、⑫の口座名義の欄には申請者名義の口座をご記入ください。
- 4、被保険者との続柄がわかる「戸籍謄本」等を添付ください。

◎高額療養費＜自己負担限度額(70歳未満)＞

区分	自己負担限度額	多数該当※
ア 標準報酬月額 83万円以上	$252,600 + (\text{総医療費} - 842,000\text{円}) \times 1\%$	140,100
イ 標準報酬月額 53～79万円	$167,400 + (\text{総医療費} - 558,000\text{円}) \times 1\%$	93,000
ウ 標準報酬月額 28～50万円	$80,100 + (\text{総医療費} - 267,000\text{円}) \times 1\%$	44,400
エ 標準報酬月額 26万円以下	57,600円	44,400
オ 低所得者 住民税非課税	35,400円	24,600

・※「多数該当」時の限度額となります。高額療養費の発生月から直近12ヶ月間で3ヶ月以上高額療養費の対象となる月が発生した場合、4ヶ月以降の自己負担限度額が変更します。

なお、多数該当かどうかはお伝え出来かねます。対象だと思場合は申請ください。

- ・標準報酬月額の算出方法
給与明細の健康保険料 ÷ 0.0465

◎提出先

高額療養費支給申請書に必要事項を記入し、**健保組合へ直接郵送あるいは事業主(人事部門)経由で健保に提出**
【健保組合住所】〒150-0011 東京都渋谷区東2-23-3 タゴシンビル4階 トランスコスモス健康保険組合 給付担当宛