

(記入上の注意)

- 1 申請書は、診療月ごとに作成してください。また、誤記入等は二重線で抹消し、記入し直してください。
- 2 (1) ①欄は、枝番を除く記号番号を記入してください。
 (2) ②欄～⑬欄までは、同一月に療養を受けた被保険者別、保険医療機関別、入院・通院別に、それぞれの所得区分の自己負担限度額を超える一部負担がある場合に、それぞれ、もれがないように記入してください。
 (3) ⑦欄と⑬欄は、保険診療にかかる支払額を記入し、入院したときの食事代や差額ベッド代などについては除いてください。
 (4) ⑭欄は、今回申請の診療月以前12ヵ月間にすでに高額療養費の支給を3回以上受けた場合、その直近の3回分について記入してください。
 (5) 高額療養費は所得区分によって定められた自己負担限度額に基づいて支給されます。区分の判定に必要な所得情報はマイナンバー制度を利用した情報連携により中建国保本部が取得します。
 (6) 特別な事情等により所得情報が取得できなかったときは、所得が確認できる書類の提出をお願いします。70歳未満の被保険者の高額療養費の申請のときは、療養があった月の初日に、中建国保に加入している被保険者全員分(ただし、中学生以下は除く)のその月の前年分の所得が確認できる書類を添付してください。(療養があった月が1月から7月のときは前々年度分)
 また、市区町村民税が課税されていない世帯については、療養があった年度の非課税証明書を添付してください。(療養があった月が4月から7月のときは前年度分)
 なお、同一年(同一年度)において、すでに提出されている場合には必要ありません。
 (7) 所得が確認できる書類が提出されていないときは、償還金の支給は行いません。
- 3 この申請による給付金は、保険医療機関からの診療報酬明細書と照合したうえで支払いますので、診療を受けた月から、早くて3ヵ月後になります。また、保険診療については、審査支払機関において医療機関から請求された診療報酬明細書の審査を行っています。そのため、窓口での自己負担額から計算した高額療養費と実際の支給額は異なる場合があります。
- 4 組合員及びその世帯に属する被保険者以外の者が、個人番号が記載された高額療養費支給申請書を支部・出張所の窓口を持参する場合は委任状の添付が必要です。

○高額療養費の自己負担限度額(70歳未満)

所得区分 (旧ただし)	1～3回目	4回目以降
上位ア (901万円超)	252,600円+(総医療費-842,000円)×1%	140,100円
上位イ (600万超～901万円)	167,400円+(総医療費-558,000円)×1%	93,000円
一般ウ (210万超～600万円)	80,100円+(総医療費-267,000円)×1%	44,400円
一般エ (210万円以下)	57,600円	44,400円
低所得オ (住民税非課税)	35,400円	24,600円

1ヵ月に21,000円以上の自己負担限度額が複数ありそれぞれの自己負担限度額を超えた場合も、高額療養費の対象になります。

○高額療養費の自己負担限度額(前期高齢者)

所得区分 (課税標準額)	個人単位(外来のみ)	世帯単位(外来+入院)	
		1～3回目	4回目以降
現役並Ⅲ	252,600円+(総医療費-842,000円)×1%	140,100円	140,100円
現役並Ⅱ	167,400円+(総医療費-558,000円)×1%	93,000円	93,000円
現役並Ⅰ	80,100円+(総医療費-267,000円)×1%	44,400円	44,400円
一般	18,000円 ※(年間上限額:144,000円)	57,600円	44,400円
低Ⅱ	8,000円	24,600円	
低Ⅰ	8,000円	15,000円	

- (1) 同一月の受診が複数あり、そのすべての額がそれぞれの所得区分の自己負担限度額を超えた場合も、高額療養費の対象になります。
- (2) 75歳到達により後期高齢者医療制度へ移行する月における上記自己負担限度額は半額になります。組合員がこの対象になる場合は、同時に喪失する家族被保険者も対象となります。