高齢受給者用

健康保険 被保険者 被扶養者 世帯合算 高額療養費・付加給付金支給申請書

裏面の「記入上の注意」をお読みください。

① 令和　　年　　月 診療分

② 健康保険の	記号	番号	③ 被保険者	氏名	㊞
				生年月日	昭・平　年　月　日
④ 事業所名称	電話				
⑤ 被保険者住所	〒	連絡先（携帯等）			
⑥ 診療を受けた者の氏名		続柄		生年月日	昭和　年　月　日

項目番号	⑦ 診療を受けた医療機関の名称	⑧ 診療区分	⑨ 診療を受けた期間	⑩ 支払った金額
1	電話　（　）	1．入院　2．外来 3．調剤　4．その他	自　年　月　日から 至　年　月　日まで （　日間）	円
2	電話　（　）	1．入院　2．外来 3．調剤　4．その他	自　年　月　日から 至　年　月　日まで （　日間）	円
3	電話　（　）	1．入院　2．外来 3．調剤　4．その他	自　年　月　日から 至　年　月　日まで （　日間）	円
4	電話　（　）	1．入院　2．外来 3．調剤　4．その他	自　年　月　日から 至　年　月　日まで （　日間）	円
5	電話　（　）	1．入院　2．外来 3．調剤　4．その他	自　年　月　日から 至　年　月　日まで （　日間）	円

⑪ 国・市区町村より医療費の助成を受けられる場合（障害者医療、高齢者医療など）	受けられる制度名・それによる自己負担額をご記入ください 制度名：
⑫ けがの場合	いつ・どこで・何をしているときにどのように負傷しましたか　年　月　日　AM・PM　時頃

電設工業健康保険組合

※支払金融機関の口座名義が被保険者以外の場合、委任状を記入してください。

⑬ 支払金融機関欄

銀行・農協　本店
信金・信組　支店

銀行コード　本支店コード

種類　普通・当座

口座番号（右詰で記入）

フリガナ
口座名義

委任状

被保険者	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和　年　月　日 〒 住所 氏名　㊞
代理人	〒 住所 氏名　㊞

マイナンバー記入欄（被保険者の記号番号を記入した場合は記入不要です。）

マイナンバーを記入した場合、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要で

公金受取口座を利用する場合は、下記に☑をご記入ください。（利用する場合、上記口座情報の記入は不要です。）
口座名義が被保険者と異なる場合は、上記「委任状」欄の記入が必要です。

☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。

公金受取口座を利用する場合は、支給決定までに時間を要することがありますのでご了承ください。

※健保記入欄

高額療養費

付加金

不支給

備考

2024.12

◎高齢受給者の方は、申請月の自己負担額の合計が受診者ごとに３割負担の方は 21,000 円以上、２割負担の方は外来 18,000 円以上（入院がある場合は 21,000 円以上）が対象となります。

高額療養費及び付加給付金は、医療機関等からの診療報酬明細書に基づいて支給決定しますので、給付金の支払は診療を受けた月から４カ月以降になります。医療機関からの請求によって支給時期が遅れる場合があります。

＊健康保険の記号・番号は「資格確認書」・「資格情報通知書（資格情報のお知らせ）」に記載されています。＊

〈記入上の注意〉

⑴　**診療月単位、受診者ごと、医療機関ごと、医科入院、医科外来、歯科入院、歯科外来、調剤別に全ての自己負担額を記入してください。**

⑵　保険診療として認められた柔道整復、治療用装具（コルセット等）、はり、灸等の自己負担分も対象になります。

⑶　⑩医療機関に支払った額は、保険診療にかかる自己負担分に限られます。入院時食事（生活）療養費の標準負担額、先進医療、差額ベッド代、歯科の歯列矯正や特別な材料代等の保険対象外の費用は除きます。

⑷　請求権の時効は２年です。起算日は診療月の翌月１日です。

〈添付書類〉

⑴　高額療養費の現物給付を受けたとき（医療機関にて自己負担限度額までの適用を受けた方、「限度額適用認定証」「限度額適用・標準負担額減額認定証」の交付を受けた方を含む）は領収書のコピーを添付してください。（診療明細書は不要です。）

また、⑪他の制度より医療費の助成を受けた場合は助成金額が分かる領収書、通知書等のコピーを添付してください。

⑵　口座名義が被保険者（申請者）と異なる場合は、「委任状」欄の記入が必要です。なお、代理人（口座名義人）が当組合の加入員でないときは、被保険者との続柄のわかる書類（戸籍謄本、住民票などの原本）を添付してください。

⑶　請求者が被保険者死亡による相続人の場合は、被保険者との続柄のわかる書類（戸籍謄本、住民票などの原本）を添付してください。被扶養者が請求なさる場合は不要です。

⑷　被保険者の所得区分が低所得の方は、市区町村の発行する非課税証明書（診療を受けた月の属する年度分、４月～７月診療は前年度分）を添付してください。同一年度は１回目の請求時のみで結構です。

入院の場合は「健康保険限度額適用・標準負担減額認定申請書」を提出してください。入院時食事（生活）療養費の標準負担額が減額されます。

●法定給付〈健康保険法で定められた給付〉

◇高額療養費　（自己負担限度額についてはホームページにてご確認ください。）

・個人単位（外来のみ）

高齢受給者個人単位、同一月、自己負担の合算額が自己負担限度額を超えた場合、その超えた額が支給されます。

厚生労働大臣の定める血友病、人工透析を必要とする慢性腎不全及び抗ウイルス製剤を投与している後天性免疫不全症候群の患者の場合は、自己負担額が 10,000 円（上位所得者は 20,000 円）を超えた額が支給されます。（別途申請が必要です。）

・世帯単位（入院・外来が混在している場合で、全員が 70 歳以上の場合）

「記入上の注意⑴」の条件で受診者ごとの合算額が自己負担限度額を超えた場合、その超えた額が支給されます。

※医療機関受診ごとに、**２割負担の方は**高齢受給者証（マイナ保険証）を提示することにより、自己負担限度額を超えると超えた額が自動的に高額療養費として現物給付（組合から医療機関へ直接支払い）されます。**３割負担の方は**医療機関での区分確認が必要となりますので、高齢受給者証もしくは限度額認定証をご用意ください。（マイナ保険証であれば両方確認が取れます。）

・世帯全体（「高齢受給者（70 歳以上）」と「70 歳未満」）

同一月、**「高齢受給者の自己負担」**と**「70 歳未満の自己負担（「記入上の注意⑴」の条件で 21,000 円以上のものに限る）」**との合算額が自己負担限度額を超えた場合、その超えた額が支給されます。

・世帯単位・世帯全体の多数該当

同一世帯で、診療を受けた月以前の 12 カ月前の間に３カ月以上高額療養費が支給されている場合、４カ月目からの自己負担限度額が引き下げられ、その限度額を超えた額が支給されます。（一般所得者（外来）と低所得者は除く）

●付加給付〈当健保組合が独自に行う給付〉

◇一部負担還元金・家族療養費付加金・合算高額療養費付加金

上記、法廷給付の高額療養費を除いた受診者ごとの自己負担額から 20,000 円を控除した額（1,000 円未満不支給、100 円未満切捨て）が支給されます。

〒174-8526
東京都板橋区坂下一丁目 33 番 12 号
電設工業健康保険組合　給付課
☎０３－５９７０－０３０６