

|                         |                                  |          |   |   |   |   |         |             |        |        |        |          |        |     |    |                |       |
|-------------------------|----------------------------------|----------|---|---|---|---|---------|-------------|--------|--------|--------|----------|--------|-----|----|----------------|-------|
| 決裁年月日                   |                                  | 平成 年 月 日 |   |   |   |   | 伺 年 月 日 |             |        |        |        | 平成 年 月 日 |        |     |    |                |       |
| 支給<br>支払<br>決<br>議<br>書 | 支 給 金 額                          | 拾万       | 万 | 千 | 百 | 拾 | 円       | 自<br>県      | 他<br>県 | 1      | 2      | 3        | 4      | 診療月 | 点数 | 取<br>扱         | 年 月 日 |
|                         | 高 額 療 養 費                        |          |   |   |   |   |         | 1           | 2      | 入<br>院 | 通<br>院 | 歯<br>科   | 調<br>剤 |     |    | 証 拠 索 引<br>No. | 年 月 日 |
|                         | 一 部 負 担 還 元 金<br>家 族 療 養 費 付 加 金 |          |   |   |   |   |         | 高 額 回 数 回 目 |        |        |        |          |        |     |    |                |       |

高齢受給者用

☐ 本人高額療養費  
☒ 家族高額療養費  
☐ 合算高額療養費

☐ 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

支給申請書

(平成18年〇月診療分)

|                                                     |                         |              |                  |           |                 |              |
|-----------------------------------------------------|-------------------------|--------------|------------------|-----------|-----------------|--------------|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>が<br>記<br>入<br>す<br>る<br>こ<br>ろ | 被 保 険 者 の<br>記 号 と 番 号  | 37 - 1000    | 診療を受けた<br>高齢受給者の | 氏 名       | 部品 〇〇〇          |              |
|                                                     | 事業所の名称                  | 株式会社 自動車部品   |                  |           |                 |              |
|                                                     | 診療を受けた医療機関等<br>の名称及び所在地 | 傷病名          | 診療区分             | 診療を受けた期間  | 医療機関に支<br>払った金額 | 第三者行<br>為ですか |
|                                                     | 1 〇〇病院                  | 〇〇〇〇         | 1 入院 2 外来        | 18年 〇月 〇日 | 0,000円          | 1 はい         |
|                                                     | 東京都〇区〇町〇-〇              |              | 3 歯科 4 その他       | 18年 〇月 〇日 |                 | 2 いいえ        |
|                                                     | 2 〇〇病院                  | 〇〇〇〇         | 1 入院 2 外来        | 18年 〇月 〇日 | 0,000円          | 1 はい         |
|                                                     | 東京都〇区〇町〇-〇              |              | 3 歯科 4 その他       | 年 月 日     |                 | 2 いいえ        |
|                                                     | 3 〇〇病院                  | 〇〇〇〇         | 1 入院 2 外来        | 18年 〇月 〇日 | 0,000円          | 1 はい         |
|                                                     | 東京都〇区〇町〇-〇              |              | 3 歯科 4 その他       | 年 月 日     |                 | 2 いいえ        |
|                                                     | 4 〇〇病院                  | 〇〇〇〇         | 1 入院 2 外来        | 18年 〇月 〇日 | 0,000円          | 1 はい         |
| 東京都〇区〇町〇-〇                                          | 3 歯科 4 その他              |              | 年 月 日            | 2 いいえ     |                 |              |
| 都道府県や市区町村から<br>医療費の助成を(上記傷病<br>で該当項目をまるで囲む)         | 1・受けている<br>2・受けていない     | 受けている<br>場合は | 市区町村名<br>制 度 名   |           |                 |              |
| 平成 18年 〇月 〇日 上記のとおり申請します。                           |                         |              |                  |           |                 |              |
| 住 所 〒 〇〇〇- 〇〇〇〇                                     |                         |              |                  |           |                 |              |
| 被保険者 東京都〇区〇町〇〇-〇                                    |                         |              |                  |           |                 |              |
| 氏 名 部品 太郎 (印) TEL 03 - 〇〇〇〇- 〇〇〇〇                   |                         |              |                  |           |                 |              |

|                                      |                                           |         |     |
|--------------------------------------|-------------------------------------------|---------|-----|
| 支<br>払<br>金<br>融<br>機<br>関<br>の<br>欄 | 銀行名                                       |         |     |
|                                      | 店番号<br>支店名                                | 店番号     | 支店名 |
|                                      | 種 類                                       | 普通 ・ 当座 |     |
|                                      | 口座番号                                      |         |     |
|                                      | フリガナ                                      |         |     |
|                                      | 口座名義                                      |         |     |
| 委<br>任<br>状                          | 株式会社 自動車部品<br>上記請求金額の受領を 〇〇〇〇 (印) に委任します。 |         |     |
|                                      | 平成 18年 〇月 〇日<br>被保険者氏名 部品 太郎 (印)          |         |     |

個人振込を希望される方は、個人口座へ振り込みますので上記の欄に記入して下さい。  
(委任状は不要です)

【注意事項】

- この申請書は、【高齢受給者証】で受診した方が、高額療養費・付加給付を受ける場合に申請できます。
- 申請書は、受診された方ごとに診療月単位で申請します。
- 申請書には入院・通院など全ての自己負担額が対象となります。(柔道療養費・治療用装具・鍼灸なども含みます)ただし、入院時の食事代・差額ベッド代・歯科における自費分保険外治療材料・医師の診断書など、自費診療分は支給の対象外です。
- 1.2.3.4欄に記入できなければ別紙同請求書に記入してください。

受 付 印

平成 年 月 日  
日本自動車部品工業健康保険組合  
19年8月改定

〔高齢受給者の方の支給申請に際して〕

1. この支給申請書は【**高齢受給者証**】で受診した方が高額療養費・付加給付を受ける場合に、次により作成して下さい。  
一枚に書ききれない場合は、もう一枚書いて下さい。

- ・ **診療月単位で、受診を受けた方ごとに入院・通院など全ての自己負担額について作成して下さい。**  
**（全ての自己負担額とは、柔道療養費・治療用装具・はり・灸・訪問看護なども含みます）**

ただし、自費診療分(入院時の食事代・差額ベット代・歯科における自費分・保険外治療材料等  
医師などの診断書料)は支給の対象外です。

## 2. 添付書類について

低所得者Ⅱ又はⅠに該当する方は、非課税証明書を必ず添付して下さい。

(療養のあった月の属する年度分の市区町村が発行する非課税証明書)

なお、同一年度内の1回目請求時に申請すれば2回目以降は添付の必要はありません。

## 3. 高額療養費(高齢受給者の場合)

### ① 個人ごと(外来)

高齢受給者個人ごとに同一月の外来自己負担が12,000円を超えた場合、超えた額が支給されます。

一定所得者は44,400円・低所得者Ⅱ・Ⅰは8,000円となります。

### ② 高齢受給者の入院・世帯合算(入院と外来の合算または高齢受給者同士の合算)

高齢受給者の同一月の自己負担額が入院のみ又は入院と外来あるいは高齢受給者同士の合算の場合、自己負担額が44,400円を超えた場合、超えた額が支給されます。

一定所得者は80,100円＋(医療費－267,000円)×1%

低所得者はⅡに該当が24,600円・Ⅰに該当が15,000円となります。

### ③ 世帯全体(69歳以下の方との合算)

高齢受給者の自己負担限度額範囲の額と69歳以下の方においては同一の月に病院別、入院・外来(調剤を含む)別の自己負担額が21,000円を超えるものが生じた場合には合算し限度額を超える額が支給されます。

被保険者が一般の場合は80,100円＋(医療費－267,000円)×1%

被保険者が上位所得者(標準報酬月額が53万円以上)の場合は150,000円＋(医療費－500,000円)×1%

低所得者の場合は35,400円

### ④ 高齢受給者の入院・世帯単位・世帯全体の多数該当

診療月の以前12ヶ月間に3回以上高額療養費に該当した場合は4回目から多数該当となります。

世帯単位の高齢受給者で一定所得の者は4回目から44,400円を超えた額が支給されます。

世帯全体の合算は被保険者が一般の場合は4回目から44,400円になり

被保険者が上位所得者(標準報酬月額が53万円以上)は4回目から80,100円を超えた額が支給されます。

世帯全体の合算で低所得者は4回目から24,600円を超えた額が支給されます。

※多数該当の月数算定にあたっては高齢受給者の外来の高額療養費のみの支給を受けた月数は除きます。

## 4. 付加給付(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)

- ① 同一の月に病院(診療報酬明細書1件ごと)等入院・外来(調剤を合算)別の自己負担額(高額療養費が支給されるときはその額を控除した額)が20,000円を超えた場合、超えた額が支給されます。

- ② 合算高額療養費付加金も各一件ごとに自己負担額が20,000円を超えた額が支給されます。

※ なお、1,000円未満は不支給・100円未満は切捨てとなります。