

| 支 給 決 定 伺 | 常務理事 | | | 事務長 | 係 |
|-----------|------|----|----|-----|---|
| | 庶務 | 会計 | 業務 | | |
| 円 | | | | | |

※太線枠内をご記入ください。

国民健康保険高額療養費支給申請書

(平成 年 月 診療分)

[合算 : 多数該当・その他
単独 : 多数該当・入院分・その他]

| | | | | | |
|--|--------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-----------------|
| ① 被保険者証記号番号 | | | ② 所得区分 (※裏面参照) | 70歳未満 | ア・イ・ウ・エ・オ |
| ③ 療養を受けた被保険者の 氏名・生年月日 | 1. | | 70歳以上 | 現役並み・一般・低II・低I | |
| ④ 組合員との続柄 | 昭・平 年 月 日 | | 昭・平 年 月 日 | 昭・平 年 月 日 | |
| ⑤ 傷病名 | | | | | |
| ⑥ 療養を受けた 医療機関等 | 名称 | | | | |
| | 所在地 | | | | |
| | 入院・外来の別 | 入院・外来 | 入院・外来 | | 入院・外来 |
| ⑦ 療養を受けた期間 | 平成 年 月 日 ~ 日 | 日間 | 平成 年 月 日 ~ 日 | 日間 | 平成 年 月 日 ~ 日 |
| ⑧ 医療機関等に支払った額 | 円 | | 円 | | 円 |
| ⑨ 他の制度により一部負担金 相当額またはその一部の支 給を受けられる場合 | 制度名 : 費用徴収 有・無 | 制度名 : 費用徴収 有・無 | | 制度名 : 費用徴収 有・無 | |
| ⑩ 今回申請の診療月以前12カ月に高額療養費 の支給を3回以上受けた場合、直近の診療月 | 平成 年 月 , 平成 年 月 , 平成 年 月 | | | | |
| ⑪ 振込希望 金融機関 | 1. 銀行 | 支店 | | ふりがな | |
| | 2. 長崎県医師信用組合 | | | | |
| | 1. 普通 2. 当座 3. 賢 | 口座番号 | | | 口座名義 (組合員名義) |

上記のとおり申請します。

平成 年 月 日

住 所

組合員

氏 名

印

長崎県医師国民健康保険組合理事長 殿

| No | 当月高額該当(直近12ヶ月) | 他方負担 | A. 70歳未満 一部負担金 | B. 70歳以上 一部負担金(入院) | C. 70歳以上 一部負担金(外来) | D. 70歳以上 自己負担限度額 | E. 70歳以上 外来支給額 |
|----------------------|-----------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------|-------------------------|
| | 回数 | | | | | | |
| 1 | | | | | | 現並 57,600 | |
| 2 | | | | | | 一般 14,000 | |
| 3 | | | | | | (年間144,000) | |
| 計 | | A | B | C | | 低II 8,000 | |
| | | | | | | 低I 8,000 | D |
| | | | | | | | E |
| 高額 療養 費の 算出 | F. 70歳以上世帯の算出 基礎額(B+C)または(B+D) | G. 70歳以上世帯の自己負担限度額 | | | | | H. 70歳以上世帯の 支給額(F-G) |
| | | 所得 区分 | 現役並み 80,100 + (-267,000) × 1% = | 4回目以降 44,400 | | | |
| | | | 一般 57,600 | 〃 44,400 | | | |
| | | | 低所得II 24,600 | | | | |
| | | 低所得I 15,000 | | | | | |
| I. 算出基礎額 (A+G) | J. 自己負担限度額 | | | | | K. 世帯支給額 (I-J) | |
| | 所得 区分 | ア 252,600 + (-842,000) × 1% = | 4回目以降 140,100 | | | | |
| | | イ 167,400 + (-558,000) × 1% = | 〃 93,000 | | | | |
| | | ウ 80,100 + (-267,000) × 1% = | 〃 44,400 | | | | |
| | | エ 57,600 | 〃 44,400 | | | | |
| | | オ 35,400 | 〃 24,600 | | | | |
| ① 70歳以上支給額(E+H) | | ② 世帯支給額(K) | ③ 決定支給額 ① + ② | ④ 既支給額 | ⑤ 差引支給額 ③ - ④ | | |
| | | | | | | | |

注意 ②所得区分で「ア」以外の場合は、所得証明書等の添付が必要です。添付がない場合は、「ア」の所得区分で取り扱います。

※記入上の注意

- この申請書は、診療月毎に申請してください。
- 「②所得区分」は、組合員及び世帯に属するすべての医師国保被保険者の基準所得額(基礎控除後の総所得額)で所得区分を判定いたします。

下段の所得区分をご参照のうえ、該当する区分を丸印で囲んでください。

なお、所得区分が「ア」以外の場合は、所得確認書類が必要です。添付が無い場合は「ア」の所得区分で取り扱いますので、ご了承ください。

所得確認書類は次に掲げるいずれかの書類のコピーを添付してください。

※所得確認書類

- 市町村発行の所得課税証明書
- 住民税の税額通知書

◎70歳未満の被保険者

| 区分 | 所 得 要 件 | 自 己 負 担 限 度 額 | 多 数 回 該 当 |
|----|-------------------------|-----------------------------|-----------|
| ア | 基礎控除後の所得 901万円超 | 252,600円+(総医療費-842,000円)×1% | 140,100円 |
| イ | 基礎控除後の所得 600万円超～901万円以下 | 167,400円+(総医療費-558,000円)×1% | 93,000円 |
| ウ | 基礎控除後の所得 210万円超～600万円以下 | 80,100円+(総医療費-267,000円)×1% | 44,400円 |
| エ | 基礎控除後の所得 210万円以下 | 57,600円 | 44,400円 |
| オ | 住民税非課税 | 35,400円 | 24,600円 |

◎70歳以上の被保険者

| 区分 | 自 己 負 担 限 度 額 | | |
|--------|---------------------------|----------------------------|-----------|
| | 外 来 (個人単位) | 入 院・世 帯 单 位 | 多 数 回 該 当 |
| 現役並み | 57,600円 | 80,100円+(総医療費-267,000円)×1% | |
| 一 般 | 14,000円 (年間上限14.4万円) * | 57,600円 | 44,400円 |
| 低所得 II | 8,000円 | 24,600円 | |
| 低所得 I | | 15,000円 | |

* 8月から翌年7月までの1年間の自己負担額の上限です。