



決	常務理事	事務長	課長	係
裁				

## 高額療養費支給申請書

被保険者証記号番号	組合員 氏名	
歯国            .            —		

平成    年    月 診療分	※月がまたがる場合は別々に申請書を作成してください。
------------------	----------------------------

診療を受けた被保険者氏名	保険医療機関名	該当するものに○をご記入ください	費用額	備考
		入院 ・ 入院外 歯科 ・ 調剤		
		入院 ・ 入院外 歯科 ・ 調剤		
		入院 ・ 入院外 歯科 ・ 調剤		
		入院 ・ 入院外 歯科 ・ 調剤		
		入院 ・ 入院外 歯科 ・ 調剤		
		入院 ・ 入院外 歯科 ・ 調剤		

振込指定金融機関	口座名義人(上段フリガナ)	預金種目	口座番号
銀行・信用金庫	支店・出張所	1.普通 2.当座 3.貯蓄	
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>令和    年    月    日</p> <p>(〒            —            )            (TEL            —            )</p> <p>住    所 .....</p> <p>氏    名 .....</p> <p style="text-align: right;">大阪府歯科医師国民健康保険組合 理事長 殿</p>			

※下記の欄は記入不要です。

ア・イ・ウ・エ・オ・現役並	7割・8割・9割	70歳以上・未満・混合	従来・新規
---------------	----------	-------------	-------

費用額合計	一部負担金合計	自己負担限度額	高額療養費支給額
円	円	円	円

## 高額療養費について

高額療養費制度とは、病院・診療所などで支払った金額から、所得に応じた自己負担限度額を差し引いた額をお返しする制度です。但し、保険診療分以外の差額ベッド代や材料費、食事負担や文書料は対象になりません。

◎申請に必要な添付書類

1. 領収書（写し可）

2. 所得を証明する書類（①、②のいずれかの書類を提出してください。）

①市町村民税・府県民税特別徴収税額の通知書、または市町村民税・府県民税の納税通知書（課税明細書）等（写し可）

②住民税（非）課税証明書（原本）

※所得のない（非課税の）方についても、非課税であるという証明が必要となります。

(例) 診療月	所得を証明する書類の年度
平成 28 年 8 月～平成 29 年 7 月	<b>平成 28 年度</b> (平成 27 年の世帯の合計所得が記載されている書類)
平成 29 年 8 月～平成 30 年 7 月	<b>平成 29 年度</b> (平成 28 年の世帯の合計所得が記載されている書類)

※診療月により所得を証明する書類の年度が異なるため、上記の表を参考にご用意下さい。

※所得を証明する書類の添付がない場合は区分（ア）の扱いになりますのでご注意下さい。

### 70 歳未満の方

	自己負担限度額
(ア) 世帯の合計所得 901 万円超	252,600 円 + (総医療費 - 842,000 円) × 1% (140,100 円)
(イ) 世帯の合計所得 600 万円～901 万円以下	167,400 円 + (総医療費 - 558,000 円) × 1% (93,000 円)
(ウ) 世帯の合計所得 210 万円～600 万円以下	80,100 円 + (総医療費 - 267,000 円) × 1% (44,400 円)
(エ) 世帯の合計所得 210 万円以下	57,600 円 (44,400 円)
(オ) 世帯にかかる住民税が非課税	35,400 円 (24,600 円)

( ) 内の数字は年 4 回以上高額療養費を受けた場合の 4 回目以降の自己負担限度額

※同一世帯で、同一月内に 21,000 円以上の自己負担を 2 回以上支払った場合、それらを合算できます。

※同一世帯の 70 歳から 75 歳未満の方の一部負担金 (21,000 円を超えた分) も加算出来ます。



### 70 歳以上 75 歳未満の方

	負担割合	個人負担 (外来のみ)	入院・世帯単位
現役並み所得の方 課税所得 145 万円以上	3 割	57,600 円	80,100 円 + (総医療費 - 267,000 円) × 1% (44,400 円)
一 般 課税所得 145 万円未満	* 2 割	14,000 円	57,600 円 (44,400 円)
低所得 住民税が非課税		8,000 円	24,600 円

※個人単位（外来のみ）

外来の限度額は個人ごとに計算されます。

※入院・世帯単位

入院については限度額までの支払いとなります。同一世帯のすべての外来と入院の窓口負担を合算して世帯単位の限度額を超えた分が払い戻されます。

(注) 上記の低所得（I・II）の適用を受ける場合は別途申請が必要となりますので、組合にお申し出下さい。

\*平成 26 年 4 月 1 日の時点で 70 歳以上の方は、負担割合が 1 割となります。

\*合計所得が 210 万円以下の場合も含まれます。



同一世帯の 70 歳未満の方と 70 歳から 75 歳未満の方の負担を合算して、限度額を超えた分が払い戻されます。

高額療養費の支給にあたっては、診療報酬明細書（レセプト）との照合が義務付けられており、実際に診療を受けた月のおよそ 3～4 ヶ月（再審査等の場合は 6 ヶ月以上）後のお振込みとなります。

また、審査上減点等が発生した場合は、支給額が減少したり高額療養費に該当しなくなる場合もありますのでご了承下さい。

ご不明な点は組合までお問い合わせください。

大阪府歯科医師国民健康保険組合 [TEL:06-6772-8306](tel:06-6772-8306) FAX:06-6772-3450