



本人高額療養費・家族高額療養費 合算高額療養費

支給申請書

(支給決定まで診療月後3ヵ月以上かかります)

イオン健康保険組合理事長 殿

下記のとおり請求します。

平成 年 月 日

被保険者(請求者)記入欄

① 診療を受けた年月	平成 年 月	② 事業所名		部・室名	
③ 被保険者証の記号と番号		⑤ 被保険者住所	〒 - ()		
④ 被保険者の氏名	印	⑥ 被保険者の生年月日	昭・平 年 月 日		
※シャチハタ印は使用しないで下さい。					
⑦ 療養を受けた者の氏名	1.	2.	3.		
⑧ 療養を受けた者の生年月日	昭・平 年 月 日	昭・平 年 月 日	昭・平 年 月 日		
⑨ 被保険者との続柄					
⑩ 入院・その他の別	入院 ・ その他	入院 ・ その他	入院 ・ その他		
⑪ 傷病名 (骨折・椎間板ヘルニア・脱臼の場合は負傷届を添付して下さい)	第三者行為によるものですか	いいえ ・ はい	第三者行為によるものですか	いいえ ・ はい	第三者行為によるものですか
⑫ 療養を受けた病院・診療所等の名称					
⑬ 薬局名 (⑫の病院で処方せんが交付された場合)					
⑭ ⑫の病院等で療養を受けた期間	年 月 日から 日間 同 月 日まで	年 月 日から 日間 同 月 日まで	年 月 日から 日間 同 月 日まで		
⑮ ⑭の期間に受けた療養に対し⑫の病院等で支払った額	円	円	円		
⑯ ⑭の期間に受けた療養に対し⑬の薬局で支払った額	円	円	円		
⑰ 合計 ⑮ + ⑯	円	円	円		
⑱ 他の制度により自己負担相当額またはその一部の支給を受けられるかどうか	1. 受けられる 制度名: _____ 市区町村: _____ 費用徴収の有・無 _____	1. 受けられる 制度名: _____ 市区町村: _____ 費用徴収の有・無 _____	1. 受けられる 制度名: _____ 市区町村: _____ 費用徴収の有・無 _____		
	2. 受けられない	2. 受けられない	2. 受けられない		
⑲ 送金銀行 ※ゆうちょ銀行不可	銀行 信金	本店 支店	口座番号	フリガナ 口座名義	

※在籍者は、原則として給与口座(ゆうちょ銀行不可)を記入して下さい。受領を家族・会社などに委任する場合は、裏面の委任状の記入が必要です。

組合処理欄

入院・その他	点	日	区分ア	252,600円+(-842,000円)×1%=	台帳照会
入院・その他	点	日	区分イ	167,400円+(-558,000円)×1%=	被保険者 ・
入院・その他	点	日	区分ウ	80,100円+(-267,000円)×1%=	喪失 ・
入院・その他	点	日	区分エ	57,600円	被扶養者 ・
合計	点	日	区分オ (低所得者)	35,400円	取消 ・
本人 ・ 家族 ・ 合算 ・ 看護	多数回該当		自己負担限度額	円	出納日印
レセプト内容	算定金額		高額療養費	円	
/ No.				円	
支給決定		支給決定同		支給決定通知	
決定年月日	常務理事	事務長	課長	係	平成
平成					

※請求上の注意事項は裏面参照

●この委任状の欄は、被保険者名義以外の口座へ送金を希望される場合にご記入下さい。

委 任 状	イオン健康保険組合 理事長 殿		平成 年 月 日	
	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。		※シャチハタ印は使用しないで下さい。	
	被保険者の住所	〒	被保険者の氏名と印	印
代理人の住所	〒	代理人の氏名と印	印	被保険者との関係

医療費が高額になったとき

1. 医療費の自己負担額が一定以上になったとき（本人高額療養費／家族高額療養費）

暦月ごと受診者ごとに、医療機関別、入院・通院別に医療費の自己負担額が一定以上になったとき（自己負担限度額を超えたとき）請求することにより高額療養費が支給されます。ただし、保険診療分に限ります。また、入院時食事代負担分は対象になりません。

※暦月ごと受診者ごとに、医療機関別、入院・通院別とは、「医療費のお知らせと給付金の通知」の1行にあたります。

※診療を受けた病院等で処方せんが交付された場合は合計できます。

自己負担限度額<70歳未満の方>

	自己負担限度額	多数該当
区分ア	252,600円 + (総医療費 - 842,000円) × 1%	140,100円
区分イ	167,400円 + (総医療費 - 558,000円) × 1%	93,000円
区分ウ	80,100円 + (総医療費 - 267,000円) × 1%	44,400円
区分エ	57,600円	44,400円
区分オ (低所得者)	35,400円	24,600円

※区分アとは、標準報酬月額83万円以上の方をいいます。

※区分イとは、標準報酬月額53万円～79万円の方をいいます。

※区分ウとは、標準報酬月額28万円～50万円の方をいいます。

※区分エとは、標準報酬月額26万円以下の方をいいます。

※区分オ（低所得者）とは、市区町村民税が非課税者等の方をいいます。

（受診月に係る「非課税証明書」の添付が必要となります。4月～7月の診療については、前年度の課税に関する証明が8月～翌年3月診療分については、当年度の課税に関する証明が必要になります。）

※多数該当とは、同一世帯で直近12ヶ月間に高額療養費が支給された月が3月以上あった場合、4月目以降の自己負担限度額が減額されます。

2. 同じ世帯で合算して自己負担限度額を超えたとき（合算高額療養費）

同じ世帯で同一月に21,000円以上の自己負担が2件以上あり、合計して上記の自己負担限度額を超えたとき、その超えた分は合算高額療養費として支給されます。

3. 高齢受給者の自己負担限度額（70歳～74歳の方）

	個人単位 (外来のみ)	世帯単位 (入院含む)
一定以上 所得者	44,400円	80,100円 + (総医療費 - 267,000) × 1%
一般	12,000円	44,400円

※一定以上所得者とは、標準報酬月額28万円以上で、かつ夫婦2人世帯で年収520万円(単身世帯で380万円)以上の方です。

申請時の注意事項

⑱欄は、他の制度により医療費の自己負担相当額又はその一部の支給を受けられるかどうかについて該当する方に○印をつけ、受けられる場合は次に掲げる制度のうち該当するものの記号(「その他」の場合は、具体的な制度名)を記入してください。また、自己負担相当額の一部について費用を徴収されたか否かについて該当する方に○印をつけてください。

ア、原子爆弾被爆者の医療等に関する法律による支給 イ、育成医療 ウ、予防接種法による支給 エ、更生医療
オ、養育医療 カ、医薬品副作用被害救済基金法による支給 キ、沖縄の復帰に伴う厚生労働省関係法令の適用の特別措置等に関する政令第3条又は第4条の医療費の支給 ク、特定疾患治療研究事業 ケ、小児慢性特定疾患治療研究事業 コ、血液代金の支給 サ、毒ガス障害者救済対策事業 シ、児童福祉法による入所措置等に係る医療の給付 ス、精神薄弱者福祉法による入所措置に係る医療の給付 セ、進行性筋萎縮症者療養等給付事業 ソ、先天性血液凝固因子障害 タ、その他