様式第 12 号（第 16 条関係）

高療 1

国民健康保険高額療養費支給申請書

（　　年　　月診療分）

① 被保険者記号・番号	滋 米			
② 療養を受けた被保険者の氏名および生年月日	年　月　日生	年　月　日生	年　月　日生	年　月　日生
③ 療養を受けた被保険者の個人番号				
④ 傷病名				
⑤ 傷病原因	1. 第三者行為による（交通事故等） 2. その他	1. 第三者行為による（交通事故等） 2. その他	1. 第三者行為による（交通事故等） 2. その他	1. 第三者行為による（交通事故等） 2. その他
⑥ 療養を受けた医療機関等の名称および所在地　名称				
⑥ 療養を受けた医療機関等の名称および所在地　所在地				
⑦ 入院等の区分	1. 入院　2. 入院外 3. 調剤　4. 歯科	1. 入院　2. 入院外 3. 調剤　4. 歯科	1. 入院　2. 入院外 3. 調剤　4. 歯科	1. 入院　2. 入院外 3. 調剤　4. 歯科
⑧ 療養期間	月　日から 同月　日まで 日間	月　日から 同月　日まで 日間	月　日から 同月　日まで 日間	月　日から 同月　日まで 日間
⑨ ⑧の期間に受けた療養に対し医療機関等で支払った金額	円	円	円	円
⑩ 今回申請の診療月以前１年以内に高額療養費の支給を３回以上受けた場合、その直近の診療月		1　年　月診療分	2　年　月診療分	3　年　月診療分
⑪ 備考				

上記のとおり一部負担金を支払いましたので、申請します。また、後に一部負担金の負担状況が変動等した場合、保険者からの返還請求に応じることに同意します。なお、申請者(世帯主)と預金名義人が異なる場合は、預金名義人に代理受領を委任します。

年　月　日

市町村長

国民健康保険組合理事長　様

【世帯主】

（住所）　米原市　　電話　（　）

（氏名）　　㊞

（個人番号）

※申請者(世帯主)と預金名義人が同一の場合は、押印を省略することができます。

⑫振込先

□　1　公金受取口座を指定する（公金受取口座を指定する場合は、世帯主の口座に限ります。）

□　2　下記の振込口座を指定する

金融機関名称	銀行 / 信用金庫 / 信用組合 / 農協　　支店 / 支所　（その他：　）	口座番号　（普通・当座）
ふりがな		
預金名義人		

確認欄	市町村民税の状況	901 万円超 600 万円超 900 万円以下 210 万円超 600 万円以下 210 万円以下 非課税	現役並み所得者一般 低Ⅱ・低Ⅰ	年　月　日 確認者職氏名	多数該当	年　月　日 確認者職氏名

※記入の際、裏面の「記入上の注意」をよく読んでください。

（裏）

記 入 上 の 注 意

1　申請書は診療月ごとに作成してください。

2　＊70歳未満の方

被保険者一人の方が同一月に同一医療機関に支払った自己負担額が、下表の自己負担限度額を超えた場合、医療機関ごとに記入してください。また、同一世帯で、同一月に21,000円以上の自己負担額を2回以上支払った場合も、医療機関ごとに記入してください。（世帯合算）

＊70歳以上（後期高齢者医療制度対象者を除く）の方

・外来分は個人ごとに自己負担限度額を適用します。
同一月の外来の自己負担額合計が、一般の方は18,000円（年間144,000円上限）、市町村民税非課税の区分Ⅱ（注1）および区分Ⅰ（注2）の方は8,000円以上の場合、医療機関ごとに記入してください。

・同一月に入院がある場合、世帯単位の自己負担限度額を適用します。
同一月の自己負担額合計が、現役Ⅲの方は252,600円（医療費が842,000円を超えた場合、その超えた分の1%を加算）、現役Ⅱの方は167,400円（医療費が558,000円を超えた場合、その超えた分の1%を加算）、現役Ⅰの方は80,100円（医療費が267,000円を超えた場合、その超えた分の1%を加算）、一般世帯は57,600円、市町村民税非課税の区分Ⅱの方は24,600円、区分Ⅰの方は15,000円以上の場合、医療機関ごとに記入してください。

・70歳未満の方が同一世帯に属している場合、70歳未満の自己負担額（21,000円以上の療養があるときに限る。）を合算して、70歳未満の自己負担限度額を適用します。

3　⑨欄は、医療機関等で支払った金額のうち、保険診療分に係るものについてのみ記入し、特別室料、歯科で認められている差額徴収等については、除いてください（入院中の食事代の一部負担額は、この高額療養費の対象になりません。）。 ただし、その額が明確でないときは、医療機関等で支払った金額を記入し、⑪の備考欄にその旨を記入してください。

4　⑩欄は、今回申請の診療月以前の1年以内に高額療養費の支給を3回以上受けたことがある場合に、直近の3回分についてそれぞれ記入してください。

5　⑫欄の記入の際は、次の点に御留意いただきますようお願いします。

・公金受取口座以外の口座への振込を指定される場合は、通帳（おもて表紙を開いた部分）またはキャッシュカードの写しを添付してください（公金受取口座を登録し、当該口座への振込を指定される場合、通帳等の写しは不要です。）。

・公金受取口座を指定される場合は、口座情報の記入は不要です。公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから登録いただけます。公金受取口座を登録済みで当該口座への振込を希望される場合、振込先欄1にチェックを入れてください。
なお、当該口座への振込は、本市が支給手続を行う日時点の情報をもとに行うため、支給日時点の登録口座と異なる場合があることに御留意願います。

6　申請すべき世帯主が死亡した場合は、相続人が申請してください。その際、申請者が相続人であることを示した上で、当該高額療養費の申請、請求ならびに受療に関する一切について相続人を代表して行うことを申し立ててください。

高額療養費の自己負担限度額

令和7年8月1日施行

7　0　歳　未　満	所得901万円超 （ア）	所得600万円超 901万円以下 （イ）	所得210万円超 600万円以下 （ウ）	所得210万円以下 （エ）	市町村民税 非課税 （オ）
自己負担限度額	２５２，６００円 医療費が842,000円を超えた場合、その超えた分の1%を加算	１６７，４００円 医療費が558,000円を超えた場合、その超えた分の1%を加算	８０，１００円 医療費が267,000円を超えた場合、その超えた分の1%を加算	５７，６００円	３５，４００円
多数該当 （4回目以降）	１４０，１００円	９３，０００円	４４，４００円		２４，６００円
世帯合算	２１，０００円				

7　0　歳　以　上 （後期高齢者医療制度対象者を除く）	課税標準額 ６９０万円超 （現役Ⅲ）	課税標準額 ３８０万円超 （現役Ⅱ）	課税標準額 １４５万円超 （現役Ⅰ）	一　般	区分Ⅱ （注1）	区分Ⅰ （注2）
個人単位 （外来＋調剤薬局）	２５２，６００円	１６７，４００円	８０，１００円	１８，０００円 年間１４４，０００円	８，０００円	
世帯単位 （外来＋入院＋調剤薬局）	医療費が８４２，０００円を超えた場合、その超えた分の1%を加算	医療費が５５８，０００円を超えた場合、その超えた分の1%を加算	医療費が２６７，０００円を超えた場合、その超えた分の1%を加算	５７，６００円	２４，６００円	１５，０００円
多数該当 （4回目以降）	１４０，１００円	９３，０００円	４４，４００円			

自己負担額には、柔道整復、あんま、はり、きゅう等の施術で支払った自己負担相当額も該当します。

（注1）　区分Ⅱとは、同一世帯の世帯主およびすべての国保被保険者が市町村民税非課税の方。

（注2）　区分Ⅰとは、同一世帯の世帯主およびすべての国保被保険者が市町村民税非課税であって、その世帯の所得が一定以下（年金収入のみの場合、年金受給額80.67万円以下など、総所得金額が0円）の方。