

高額療養費支給申請のご案内

このお知らせは、お亡くなりになった後期高齢者医療被保険者で1か月の医療費が自己負担限度額を超え、高額療養費の支給対象となった方に、送付しています。

相続人のうちお一人が、高額療養費の受領申立てを行い、同封の書類に必要事項を記入の上、申請してください。（領収書の添付は不要です。）

なお、すでに申請したにもかかわらず当お知らせが届いた場合は、行き違いですので、破棄してください。

高額療養費とは？

1か月（同じ月内）の医療費の自己負担額が高額になったときは、自己負担限度額を超えた額が高額療養費として支給されます。

※申請書に記入された口座は、今後、高額療養費の支給が発生した時の受取口座として登録されますので、口座の変更・廃止等がない限りは、再度申請手続きを行っていただく必要はありません。

※差額ベッド代など保険診療対象外のものや入院時の食事代などは、高額療養費の計算対象に含まれません。

※福祉医療費（高齢重度障害者医療等）の助成を受けていた場合は、その助成額を差し引いて自己負担額を計算し直すため、実際の窓口負担額が自己負担限度額を超えていない場合も支給されることがあります。あらかじめ、ご了承願います。

※交通事故など第三者の行為によるケガ等で受診された場合、「第三者行為による傷病届」を提出していただく必要があるため支給に時間を頂戴する場合があります。

負担割合	所得区分		自己負担限度額（月額）	
			個人ごと（外来のみ）	世帯ごと（外来+入院）
3割	現役並み所得者	Ⅲ	252,600 円＋（総医療費－842,000 円）×1％ 〔多数回該当 140,100 円〕（注 1）	
		Ⅱ	167,400 円＋（総医療費－558,000 円）×1％ 〔多数回該当 93,000 円〕（注 1）	
		Ⅰ	80,100 円＋（総医療費－267,000 円）×1％ 〔多数回該当 44,400 円〕（注 1）	
2割	一般	Ⅱ	18,000 円または 6,000 円＋（総医療費－30,000 円）×10％ の低い金額を適用 〔年間上限 144,000 円〕（注 2）	57,600 円 〔多数回該当 44,400 円〕（注 1）
1割	一般	Ⅰ	18,000 円 〔年間上限 144,000 円〕（注 2）	
	低所得	Ⅱ	8,000 円	24,600 円
		Ⅰ		15,000 円

（注 1）過去 1 2 か月以内に世帯ごとの自己負担限度額を超え、世帯ごとの高額療養費の支給が 3 回以上ある場合は、4 回目以降から〔 〕の金額が自己負担額となります。

（注 2）1 年間（8 月～翌年 7 月）の外来の自己負担額の合計金額が 144,000 円を超えた場合は、その超えた額が高額療養費（外来年間合算）として支給されます。

窓口負担割合が2割となる方の配慮措置について

令和 4 年 10 月 1 日から 3 年間は、2 割負担となる方について、外来医療の窓口負担割合の引き上げに伴う 1 か月の負担増加額が 3,000 円を超える場合、その超えた金額を高額療養費として給付します。

1. 送付物

- ・本状「高額療養費支給申請のご案内」
- ・後期高齢者医療高額療養費支給申請書（以下、「申請書」という）
- ・後期高齢者医療給付費受領申立書
- ・返信用封筒（市・区・町宛）

2. 申請書の提出方法（①、②どちらかの方法での申請になります。）

- ① 郵送による申請
申請書等に記入の上、必要書類を添えて同封の返信用封筒に入れて送付してください。
- ② 窓口での申請
返信用封筒記載の市役所（神戸市の場合は、区役所・支所）、町役場の後期高齢者医療担当窓口で申請してください。

<郵送または持参いただくもの>

1. 申請書：相続権のある方のうち、お一人が記入してください。
2. 申立書：申立人欄、被保険者欄及び裏面の続柄図に記入してください。
3. 本人確認書類（写し）（官公署発行の顔写真付き証明書または後期高齢者医療被保険者証）
＊申立人の本人確認書類（写し）を提出してください。
4. 戸籍謄本（抄本）等（写し）
申立人が被保険者の相続人であることが確認できるもの
＊申立人とお亡くなりになった被保険者が住民票上の同一世帯の場合は不要ですが、同住所でも住民票上の同一世帯でない場合は必要です。
5. 遺言状・公正証書（写し）：遺言等による相続人が申請される場合は提出してください。

3. 注意していただきたい点

- （1）振込先口座に「ゆうちょ銀行」を選択する場合は、記号・番号（13 桁）または振込用の店名・預金種目・口座番号（7 桁）を記入してください。
- （2）記入内容に不備があると支給が遅れる場合がありますので、提出前に必ず内容をご確認ください。
- （3）このお知らせが届いた日の翌日から 2 年以内に申請してください。2 年が経過した後は、時効のため申請できなくなりますのでご注意ください。

4. 問合せ先 兵庫県後期高齢者医療広域連合給付課（コールセンター）
電話 （078）326－2023

5. 記入方法については、裏面の「申請書記入例」、「受領申立書記入例」をご参照ください。

（裏面もご確認ください）

