

高額療養費支給申請のご案内

このお知らせは、後期高齢者医療制度の被保険者で1カ月の医療費が初めて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。

なお、後期高齢者医療制度の被保険者本人がお亡くなりになられている場合は、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カ月（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。（申請月の約2か月後の25日頃までに支給されます。）

※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、ご了承ください。

※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12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。

75歳の誕生月の自己負担限度額の特例について

月の途中で75歳の誕生日を迎え被保険者となられた方は、誕生月に限り「誕生日前の医療保険（国民健康保険など）」と「誕生日以降の後期高齢者医療制度」の両方の自己負担限度額がそれぞれ2分の1になります。
※ただし、1日生まれの方など75歳の誕生月に加入している制度が後期高齢者医療制度のみの場合は、対象外です。

公金受取口座をご希望の方へ

申請書に記載の被保険者本人に限り、公金受取口座への給付が可能です。公金受取口座への給付をご希望の場合は、対応の申請書を送付いたしますので、裏面の問合せ先にご連絡ください。
（※申請書受付時点で公金受取口座の登録が完了している必要があります。）

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）
- ・委任状
- ・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>

【被保険者本人がご健在の場合】

1. 申請書：口座名義人が被保険者本人の場合は、委任状は記入不要です。
口座名義人が被保険者本人以外の場合は、委任状に必ず記入してください。
2. 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）
※口座名義人が被保険者本人でない場合は、委任状の記入及び被保険者の本人確認書類を提出してください。（口座名義人が被保険者本人の場合は不要です。）
3. 登記事項証明書（写し）：成年後見人等が手続きをされる場合は提出してください。
成年後見人等の本人確認書類（写し）も提出してください。

【被保険者本人がお亡くなりになられている場合】

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。
※申請書と併せて申立書を提出いただく必要がありますので、下記問合せ先にご連絡いただくか、市（区）町の後期高齢者医療担当窓口にお申出ください。
2. 本人確認書類（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）
※申立人と窓口に来られる方の本人確認書類をお持ちください。
3. 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、同居所でも住民票上の同一世帯でない場合は必要です。
4. 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。

（裏面もご確認ください）

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、「申請書記入例」及び「委任状記入例」をご参照ください。

申請書記入例

※個人番号及び受付年月日は、記入不要です。

※「他の制度による自己負担相当額またはその一部の支給の有無」については、該当があれば記入してください(わからなければ記入不要です)

他の制度による自己負担相当額またはその一部の支給を受けている(制度名:) (費用負担率:)

支給を受けていない

※「発病又は負傷の理由」については、医療機関等を受診することとなった原因(きっかけ)を記入してください。

発病又は負傷の理由

1. 第三者行為(交通事故等)

2. その他(自損事故・疾病等)

振込先金融機関口座	ゆうちょ		銀行	本店	預金種別								
	信用金庫・組合		支店	□普通 □当座 □貯蓄									
	協同組合		出張所										
	()		()										
	()		()										
金融機関コード	9	9	0	0	支店コード	0	0	0					
金融機関(ゆうちょ銀行以外)口座番号(7桁)													
ゆうちょ銀行 記号番号(13桁)	1	2	3	4	0	0	0	0	6	7	8	9	1
口座 名義人 (カナ)	キ ュ ウ フ タ ロ ウ												

※口座名義人が被保険者本人以外の場合は、委任状も併せて記入してください。

※金融機関名・支店名・預金種別・口座番号(ゆうちょ銀行の場合は記号番号でも可)・口座名義人は必ず記入してください。(金融機関コード・支店コードがご不明な場合は、空欄のままで結構です)

※口座番号等は、左詰めで記入してください。

上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。

●●年 ●●月 ●●日

申請者 〒650-0021

住所 神戸市中央区三宮町1丁目9-1

氏名 給付 太郎

電話 (078) 326-2023

※申請者の住所、氏名、電話番号、続柄の記入が必要です。

被保険者
との続柄 本人

委任状記入例

※委任状は、振込先の口座名義人が被保険者本人以外の場合に記入してください。

委任状

※受任者(振込先の口座名義人)の氏名を記入してください。

私は、 給付 太郎 を受任者と定め、

高額療養費の 申請・受領 に関する権限を委任します。

委任者(被保険者)の住所・氏名

〒650-0021

住所 神戸市中央区三宮町1丁目9-1

※委任者(被保険者本人)の住所・氏名等を記入してください。

氏名 給付 花子

生年月日 ●●年 ●●月 ●●日

受任者の住所・氏名・連絡先等

〒650-0021

住所 同上

※受任者(振込先の口座名義人)の住所・氏名等を記入してください。

氏名 給付 太郎

電話 (078) 326-2023

被保険者
との続柄 夫

生年月日 ●●年 ●●月 ●●日