

医療費・調剤費合算 高額療養費支給申請書 (特定疾病療養受療者用)の手続きについて

【注意事項】

この申請は、「特定疾病療養受療証」の交付を受けている方が対象です。

《申請について》

- ・人工透析治療等の特定疾病での受診において、外来で病院に支払った医療費とその病院の処方せんによって院外の調剤薬局で支払った調剤費とを合算した額が自己負担限度額（1万円または2万円）を超えた場合は、超過額を高額療養費として支給します。
- ・申請は患者別、医療機関別で、ひと月毎にまとめて作成してください。
- ・入院は、院外処方が無いため対象外です。保険適用外の医療費や文書代等も対象ではありません。
- ・処方せんの有効期間は交付から4日間ですが、調剤が受診月の翌月となった場合には、合算対象になりません。

《提出について》

- ・勤務先の健保担当窓口（一般的には総務部（課）や管理部（課）など）へ提出してください。
- ・特例退職被保険者制度・任意継続被保険者制度の加入者は健保へ郵送してください。

《支給について》

- ・在籍中の方は、事業主経由で支払います。
- ・資格喪失後（退職者）は、健保から直接銀行振込しますので、資格喪失日、振込先をご記入ください。
- ・診療年月が特退・任継加入期間中の場合は、保険料の引き落とし口座へ振込しますので、振込先欄は記入不要です。
- ・還付金は、最短で受診月の翌月から数えて4カ月後の支払いとなります。（例えば、1月受診の場合→5月支払）但し、病院や薬局から健保への医療費の請求書（レセプト）の到着が遅延した場合は、支払いが遅くなります。

《時効について》

- ・保険給付の請求権の時効は2年となっています。申請をせずに2年が過ぎると時効となり、権利がなくなってしまうので、ご注意ください。
- ・本申請（高額療養費）の時効は、診療月の翌月の1日から2年です。

【必要な添付書類のチェック】 * 該当する項目に☑をして必要な書類を準備してください。

- | | |
|------------------|--|
| ● 外来で受診した病院の領収書 | <input type="checkbox"/> 写し（但し、自己負担限度額（1万円または2万円）未満の場合は原本） |
| ● 処方を受けた調剤薬局の領収書 | <input type="checkbox"/> 原本 |

記載欄 事業主(所)	適用事業所記号		健保責任者	健保担当者	所属上長	庶務係
	健保担当者 電話番号					

記入日：令和 年 月 日

被保険者情報	会社名	被保険者証 記号 番号		資格取得日 年 月 日
	所属			3. 昭和 4. 平成 5. 令和
	氏名 (フリガナ)	生年月日 年 月 日		資格喪失日(退職日の翌日) ※特退・任継の方は、特退・任継脱退日の翌日 年 月 日
	住所	3. 昭和 4. 平成 5. 令和		4. 平成 5. 令和
	電話番号 (日中の連絡先)	電話 ()		
給付金 受取方法	<input type="checkbox"/> この申請に基づく給付金の受領を事業主に委任します。		<input type="checkbox"/> 退職のため、個人口座へ振込を希望します。 ⇒以下に口座を記入	

対象者記載欄	療養を受けている方の氏名 (フリガナ)	生年月日 年 月 日	被保険者との続柄	
	傷病名	発病または 負傷の年月日	3. 昭和 4. 平成 5. 令和	
	外来診療を受けた年月 (入院は対象外)	令和 年 月分 (1ヵ月(暦月)毎)	人工透析を受けていますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → 特定疾病療養受療証の自己負担限度額	<input type="checkbox"/> 1万円 <input type="checkbox"/> 2万円
	外来診療を受けた 病院または診療所 (処方箋の発行元)	名称 : 住所 :	自己負担額	※領収書は写しの添付で可 円
	当該処方箋に基づく 薬の購入先① (調剤薬局)	名称 : 住所 :	自己負担額	※領収書(原本)を添付のこと 円
当該処方箋に基づく 薬の購入先② (調剤薬局)	名称 : 住所 :	自己負担額	※領収書(原本)を添付のこと 円	

退職(予定)者 振込先指定口座	金融機関 名称	※ゆうちょ銀行不可 銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()		本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 <input type="checkbox"/> 2. 当座	口座番号	右づめでご記入ください。
	口座名義	▼カタカナ (姓と名の間は1マス空けてご記入ください。)		口座名義 の区分 <input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 遺族

健保記載欄	事業所	支払先コード	常務理事	事務長	グループ長	主務者	担当者
	個人						
	高額療養費 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	支給決定額	備考欄				
	支給年月日 令和 年 月 日		SEQ :				