



記入例

高額療養費支給申請書

1 2 ページ

全国健康保険協会 船員保険部

被保険者
被扶養者
世帯合算
船員保険 高額療養費 支給申請書

高

被保険者(申請者)記入用

支給決定まで診療月後3か月以上かかります。

被保険者(申請者) 欄	① 記号番号 (左づめ)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 2 3				
	② 個人番号 (マイナンバー)						
	記号・番号を「記入(印字)された場合は個人番号(マイナンバー)の記入は必要ありません。(記入(印字)された場合は本人確認書類等の添付が必要です。)						
	③ 被保険者の氏名 (申請者)	(フリガナ) センボ タロウ 船保 太郎					
	④ 生年月日	〔西暦〕 平成 〔西暦〕 令和	○ ○	0	1	2	3
	⑤ 住所	郵便番号 東京	1 0 2 - 8 0 1 6	電話番号 (白中の連絡先)	03 (xxxx) 0000		

⑥ 振込希望口座	公金受取口座の利用について	1. 希望する 2. 希望しない	→ 「1」を選択された場合は、事前に登録した金融機関の口座へお振込みしますので、以下の振込先情報のご記入は不要です。			
	金融機関名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> 労金 <input type="checkbox"/> 信連 <input type="checkbox"/> 農銀 <input type="checkbox"/> 漁銀 <input type="checkbox"/> その他 () ()			ゆうちょ銀行の場合は漢数字3文字です。	
	預金種別	〔普通〕 〔当座〕 〔別段〕	カタカナでご記入ください。			
	口座番号					
	③の名義以外の口座に振込を希望される場合のみご記入ください。					

⑦ 受取代理人の欄	④ 保険者(申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。			令和 年 月 日
	氏名				住所 「被保険者欄⑤」の住所と同じ
	代理人(口座名義人)	氏名 (フリガナ)	被保険者との 関係		
住所	(郵便番号 ー)	電話番号 (日中の連絡先)	()		

R8.1

社会保険労務士の提出代行者名記入欄

受付日付印

ご提出先

〒102-8016 東京都千代田区富士見2-7-2 ステージビルディング14階
全国健康保険協会 船員保険部

5

①の記号番号を記入した場合は、マイナンバーの記入は不要です。

被保険者のマイナンバーを記入した場合は、以下の書類が必要です。貼付台紙に⑦①どちらも貼付し、申請書に添付してください。

⑦身元確認を行うための書類(いずれか1点)

- ・被保険者の個人番号カード(表面)のコピー、運転免許証のコピー、パスポートのコピー
- その他官公署が発行する写真付き身分証明書のコピー

①番号確認を行うための書類(いずれか1点)

- ・被保険者の個人番号カード(裏面)のコピー、個人番号通知のコピー(記載情報と現況に相違がないもの)、被保険者の個人番号が記載された住民票か住民票記載事項証明書

※1 行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に定められています。

※2 船員保険部のホームページからダウンロードできます。(印刷環境がない場合はご連絡ください。)

1

資格情報のお知らせ・資格確認書、等に記載されている記号番号をご記入ください。マイナンバーをご記入された場合は本人確認書類が必要です。詳細は⑥をご確認ください。

2

船員である(あった)被保険者(疾病任意継続被保険者を含む)の氏名をご記入ください。
被保険者が亡くなられ、生計を同じくされていたご家族の方が申請される場合は、申請される方の氏名をご記入ください。(住所・振込口座も同様です。)なお、④欄の生年月日は被保険者のものをご記入ください。

3

公金受取口座の利用について「1:希望する」を選択された場合は、振込先口座のご記入は不要です。
※被保険者が亡くなった場合は公金受取口座の利用はできませんので、「2:希望しない」を選択のうえ、振込希望口座をご記入ください。

4

③の申請者名義以外の口座に振込を希望される場合は、必ずご記入ください。

記入内容を訂正した場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、正しい内容をご記入ください。

ご提出先

〒102-8016 東京都千代田区富士見2-7-2 ステージビルディング14階
全国健康保険協会 船員保険部

1

R8.1

被保険者
被扶養者
世帯合算

高額療養費 支給申請書

被保険者(申請者)記入用

支給決定まで診療月後3か月以上かかります。

⑧	⑥ 診療月	令和 ○ ○ 年 1 月 0	左記の診療月について、受診者ごと(医療機関、薬局、入院・通院別等)に記入ください。 ※申請書は月ごとに1件(2ページ)ずつご記入ください。
⑨	療養を受けた方の氏名	船保 太郎	船保 花子
	生年月日	昭和 年 2 月 11 日 平成 ○ 年 4 月 5 日 令和	昭和 年 4 月 5 日 平成 ○ 年 4 月 5 日 令和
⑩	疗養を受けた医療機関・薬局の名称	千代田〇〇病院	品川総合〇〇病院
	所在地	東京都千代田区△△2-2	東京都品川区△△1-1
申請内容	病気・ケガの別 ※ケガの場合は別紙「負傷原因届」を添付してください。	病気 () ケガ ()	病気 () ケガ ()
⑫	⑦ 療養を受けた期間 別の診療月の期間の記入はできません)	令和 ○ 年 10 月 1 日から 31 日まで	令和 ○ 年 10 月 5 日から 6 日まで
⑬	入院・通院の別	入院 () 通院その他 ()	入院 () 通院その他 ()
⑭	⑮ の期間に支払った額のうち、 保険診療分の金額 (自己負担額)	円 30,000 円	円 10,000 円
	上記の自己負担額が不明の場合は支払った総額	円 100,000 円	円
⑯	他の公的制度から、医療費の助成を受けているかどうか	(受けていない) (受けた) (制度名)	(受けていない) (受けた) (制度名)

⑨ ⑧の診療月以前1年間に、高額療養費に該当する月が3回以上ある場合は、最近3回分の診療月をご記入ください。

⑩ 診療月 1 令和 ○ 年 3 月 2 令和 ○ 年 4 月 3 令和 ○ 年 5 月

被保険者本人が市区町村民税非課税者でマイナンバーを記入されない場合は、この欄に市区町村長より証明を受けるか、「(非)課税証明書」の交付を受け原本を添付してください。

(4月から7月診療分については、前年度の課税に関する証明を、8月から翌年3月診療分については当年度の課税に関する証明を受けてください。)

他の申請において、今回の申請に必要な証明または(非)課税証明書をすでに提出されている場合は、改めて証明や添付いただく必要はありません。

⑪ 市区町村長証明欄	当該被保険者は令和()年度の市区町村民税が課されないことを証明する。
	市区町村長名 印

6

申請は月単位になりますので、複数月を記入しての申請はできません。
複数月の申請をされる場合は、月ごとに1件ずつ申請書をご提出ください。(1,2ページどちらも月ごとに必要です。)

7

⑧欄で記入された診療月における療養を受けた期間をご記入ください。別の診療月の期間の記入はできません。

8

上段に病院で支払った額のうち、保険診療分についての金額のみご記入ください。(食事代・差額ベッド代等の保険外の金額を除く)
ただし、その金額が明確でない場合は、病院で支払った総額を下段にご記入ください。

9

今回申請の診療月以前1年間に3回以上高額療養費の支給を受けられている(請求中を含む)場合には、最近3回分の診療月をご記入ください。

なお、マイナ保険証・限度額適用認定証等のご利用により、窓口負担額が自己負担限度額までとなった月も含みます。

10

被保険者本人が市区町村民税の非課税者で、マイナンバーを記入されない場合は、⑪欄に市区町村長より証明を受けるか(非)課税証明書を添付してください。



申請書は2ページです。漏れなく正確にご記入ください。

申請書は被保険者ご自身がご記入ください。

被保険者が亡くなった場合は、
生計を同じくされていたご家族の方が
ご記入ください。

添付書類をご用意ください。

以下に当てはまる場合に添付いただくもの

自己負担限度額の所得区分が 低所得になる方 ※1	<p>●マイナンバーを記入されない方 被保険者の(非)課税証明書 (低所得者Ⅰに該当する場合は被保険者と被扶養者全員分) 4月から7月診療分については前年度の証明書を添付してください。 8月から翌年3月診療分については当年度の証明書を添付してください。</p> <p>●マイナンバーを記入した方 本人確認書類 ※2 (低所得者Ⅰに該当する場合は被保険者と被扶養者全員分)</p> <p>●「限度額適用・標準負担額減額認定」の適用を受けることにより 生活保護を必要としなくなる方 「限度額適用・標準負担額減額認定該当」と記載された「保護却下通知書」もしくは 「保護廃止決定通知書」</p>
ケガ(負傷)の場合	「負傷原因届」※3
第三者による傷病の場合	「第三者行為による傷病届」※3
公的制度から医療費の助成を受け、 窓口負担が減額されている方	助成を受けた診療についての、医療機関からの領収書のコピー
被保険者が亡くなられ、生計を同じくさ れていたご家族の方が申請する場合	<ul style="list-style-type: none"> ・亡くなられた方の「住民票除票」および申請者の「住民票」 ・被保険者との続柄がわかる「戸籍謄本」等

*1 低所得者については、4ページの「[3]低所得について」をご確認ください。

※2 本人確認書類については、1ページ目の⑤をご確認ください。

※3 ホームページから印刷できます。(印刷環境がない場合は、船員保険部までご連絡ください。)



高額療養費支給要件の概要

支給要件の詳細やご不明な点は、船員保険部へお問い合わせいただけ、ホームページをご覧ください。

【1】支給を受ける条件

同一月(1日から末日まで)に医療機関等の窓口で支払った、【2】高額療養費の対象となる自己負担額の世帯(被保険者とその被扶養者)での合計が、【4】自己負担限度額を超えた場合に、超えた額が高額療養費として支給されます。

自己負担額		計算対象外	
自己負担限度額	高額療養費	船員保険が負担する額	差額ベッド代、食事代等 (保険適用外の負担額)
総医療費			

【2】高額療養費の対象となる自己負担額

●70歳未満の方が医療機関等の窓口で支払った自己負担額を次の①～⑦の項目ごとに区分した結果、1つの区分で、21,000円以上のもの

- ① 受診月ごと
- ② 受診者ごと
- ③ 医療機関ごと
- ④ 医科と⑤ 歯科の別ごと
- ⑥ 入院と⑦ 外来の別ごと(調剤薬局での自己負担額は処方箋を発行した医療機関の自己負担額に含まれます)

●70歳から74歳の方が支払った自己負担額

【3】低所得者について

下記のいずれかに該当する場合は低所得者となり、自己負担限度額が軽減されます。

①低所得者(70歳未満) ※1	<ul style="list-style-type: none"> ・市区町村民税の非課税者である被保険者とその被扶養者 ・低所得者の適用を受けることにより生活保護を必要としない被保険者とその被扶養者
②低所得者Ⅱ(70歳以上) ※2	<ul style="list-style-type: none"> ・市区町村民税の非課税者である被保険者とその被扶養者 ・低所得者Ⅱの適用を受けることにより生活保護を必要としない被保険者とその被扶養者
③低所得者Ⅰ(70歳以上) ※2	<ul style="list-style-type: none"> ・被保険者および被扶養者すべてが、収入から必要経費・控除額を引いた後の所得がない場合の被保険者とその被扶養者 ・低所得者Ⅰの適用を受けることにより生活保護を必要としない被保険者とその被扶養者

※1 標準報酬月額53万円以上の方は、低所得者の適用にはなりません。

※2 標準報酬月額28万円以上で高齢受給者証の負担割合が3割の方は低所得者の適用となります。

【4】自己負担限度額

年齢と所得区分により自己負担限度額が異なります。

【70歳未満の方】

所得区分	自己負担限度額	多数該当(※1)
ア(標準報酬月額83万円以上)	252,600円+(総医療費-842,000円)×1%	140,100円
イ(標準報酬月額53万～79万円)	167,400円+(総医療費-558,000円)×1%	93,000円
ウ(標準報酬月額28万～50万円)	80,100円+(総医療費-26,7000円)×1%	44,400円
エ(標準報酬月額26万以下)	57,600円	44,400円
オ 低所得者(市区町村民税非課税の方など)	35,400円	24,600円

※1
同一世帯で1年間に3回以上の高額療養費の支給を受けた場合は、4回目からは自己負担限度額が軽減されます。軽減後の自己負担限度額が「多数該当」の額となります。

【70歳～74歳の方(高齢受給者)】

所得区分	自己負担限度額		
	外来(個人ごと)	外来・入院(世帯)	
現役並みⅢ(標準報酬月額83万円以上)	252,600円+(総医療費-842,000円)×1% 【多数該当:140,100円】		
現役並みⅡ(標準報酬月額53万～79万円)	167,400円+(総医療費-558,000円)×1% 【多数該当:93,000円】		
現役並みⅠ(標準報酬月額28万～50万円)	80,100円+(総医療費-26,7000円)×1% 【多数該当:44,400円】		
一般所得者(標準報酬月額26万以下)※2	18,000円(年間上限144,000円)	57,600円【多数該当:44,400円】	
低所得者	Ⅱ	24,600円	
		15,000円	
		8,000円	
		I	

※2 基準日(7月31日)時点の所得区分が一般または低所得に該当する場合は、計算期間(基準日の前年8月1日～7月31日)のうち一般または低所得の区分であった月の外来療養の自己負担額の合計が144,000円を超えた額が払い戻されます。(平成29年8月診療分からが対象となります。「外来年間合算療養費支給申請書」(別様式)をご提出ください)