全国健康保険協会 船員保険部・

船員保険 被保険者 **高額療養費** 支給申請書

ſ	
ı	具
ı	

被	保防	食者(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	1	記号ま	険 者 証 の 3 よび 番 号 たづめ)	
保険者	2	被保限(申請	険者の氏名 者)	(フリガナ)
申	3	生生	年月日	(昭和) 年 月 日 (平成)
請者				郵便番号 ー 電話番号 (ロ中の連絡先)
欄	4	住	: 所	(都)(道)
⑤ 振 込	3	金融機関名和	Т	(銀行) (信金) 労金) (信漁連) (農協) (漁協) (支店(支所)) (その他)() ゆうちょ銀行の場合は漢数字3文字です。
希望	預金	全種別 (普)	画)(当座)(その	
エロ座		座番号		口座名義
				②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。
		被保険者	本申請に基づく	全に関する受領を下記の代理人に委任します。
 受		(申請者)	氏名	住所 「被保険者欄④」の住所と同じ
取代理	X		氏名	(フリガナ) 被保険者との 関係
人の欄]座名義人)	住所	(郵便番号 -) 電話番号 () (日中の連絡先)
被保险本人	険者か 確認書	が非課税の場合 書類を添付して	iは被保険者のマイス ください。	被保険者のマイナンバー記入欄 R4.1 受付日付印
			社会保険労	務士の提出代行者名記入欄

全国健康保険協会 船員保険部 -

船員保険 被扶養者 高額療養費 支給申請書

被	保障	食者(申請者)言	記入用					\(\bar{z}\)	を給決	定まて	い診	療月	後3か月」	以上か	かりま	す。
	7	診療	月	令和		É		月	ご記入ぐ	ください。			ごと (医療機関			
		療養を	氏名		'											
	8	受けた方の	生年月日	昭和 ; 平成 ; 令和 ;	年	月	В	昭和	党 []	年	月	В	昭和;平成;	年	月	В
	9	療養を受けた	名称													
	医療機関・薬局の		所在地													
申	傷 病 名 (10)		は別紙「負傷													
請内容	療養を受けた期間 (別の診療月の期間の		令和	≢ ∫	月	日から日まで	令和 	年	月		∃ から ∃ まで	令和	年		日 から	
	12	入院・通院	の別	(入院) (通院・その他)			·	入院;	通院・	その他	<u>(</u>)	入院	,〔通防	・その他	<u>.</u>];	
	13)	①の期間に支払っ 保険診療分の (自己負担)	の金額				円					円				円
		上記の自己負担額が不明の 場合は支払った総額					円					円				円
	14)	他の公的制度から助成を受けている	ら、医療費の るかどうか	受けていなり	<u>)</u> })	(受け)	ていない	j))	、受けていた (受けた) (制度名)
	70)診療月以前1年間に	、高額療養費	に該当する月か	*3回以上	 上ある場	合は、最	近3回分	の診療原	ー <u>ー</u> 目をご記 <i>刀</i>		こしい。				
15)	診療	奈月 1 今	5和	年 月		2	令和		年	月		3	令和	年	月	
被保	険者本	太人が市区町村民税割	 非親税者でマイ	イナンバーを記え	入されない	い場合は	は、この欄	に市区田	IJ村長よ	り証明を到	受けるだ	か、「(非)課税証明書」	の交付を	受け	

原本を添付してください。

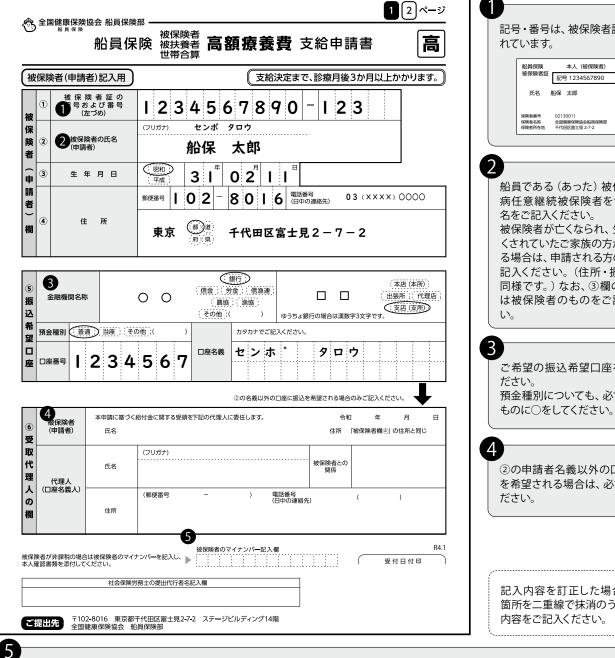
(4月から7月診療分については、前年度の課税に関する証明を、8月から翌年3月診療分については当年度の課税に関する証明を受けてください。) 他の申請において、今回の申請に必要な証明または(非)課税証明書をすでに提出されている場合は、改めて証明や添付いただく必要はありません。

16 市区町	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。	
6市区町村長証明欄	市区町村長名		ED



記入例

高額療養費支給申請書



記号・番号は、被保険者証に記載さ 記号 1234567890 番号 123 ΕD

> 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

> 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、③欄の生年月日 は被保険者のものをご記入くださ

ご希望の振込希望口座をご記入く

預金種別についても、必ず該当する

②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

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

5

| 被保険者が市区町村民税非課税者の場合に記入してください。 | マイナンバーの情報連携により被保険者の課税情報を確認します。

また、マイナンバーを記入した場合は、以下の添付書類が必要です。※1 本人確認書類貼付台紙マイナンバーによる課税情報等の確認申出書 ※2 に⑦④どちらも貼付のうえ、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
- ②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のないもの)、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することができます。(印刷環境がない場合はご連絡ください。)

マイナンバーを記入されない方は、被保険者の(非)課税証明書を添付していただくか⑩欄に証明を受けてください。

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



船員保険

検索



1 2 ページ

全国健康保険協会 船員保険部・ 被保険者 高額療養費 支給申請書 船員保険

被	保	食者(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。	
	2	診療	月	令和	O O I	ご記入くた	原月について、受診者 ざい。 は月ごとに1件 (2	(
	8	療養を	氏名	船保	太郎	船保	花子	船保	花子	
	•	受けた方の	生年月日	昭和 平成 3 I	年 2 月 1 日	平成 55	₹ 5 月 5 日	照和 平成 55 章	5 月 5 日	
	9	療養を受けた	名称	千代田	〇〇病院	品川OC	総合病院	品川〇	〇薬局	
		医療機関・薬局の	所在地	東京都千代	田区△△ 2-2	東京都品川	⊠ ∆∆ I-I	東京都品川	☑△△ I-2	
申	10	傷 病 ※ケガ(負傷)の場合 原因届Jを添付しる		心筋	5梗塞	鎖愲	骨折	鎖骨骨折		
請内容	•	療養を受ける (別の診療月の 記入はできる	期間の	令和 〇年	0月 日 日 から 31 日 まで	令和 〇 年	0月 5日から 6日まで	令和 〇 年	0 月 5 日から 6 日まで	
	12	入院・通院	の別	()原)	通院・その他;	(入院) 〈	通院・その他	(入院) (通院・その他	
	(B)	①の期間に支払っ 保険診療分 (自己負担	の金額		円	30,	000 🖪	10,	000 🖪	
		上記の自己負担担 場合は支払っ		100,	000 _円		円		Ħ	
	14)	他の公的制度から 助成を受けてい		受けていなし 受けた 制度名)	受けていない)	受けていない (受けた) (制度名)	

9	⑦の診療月以	⑦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。																		
15	診療月	1	令和	0	年	3 月		2	令和	0	年	4	月		3	令和	0	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。 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

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(2ページ)ずつ申請書をご 提出ください。

⑦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

なお、限度額適用認定証のご使用 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

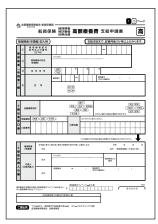
ED

2

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、⑥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。

1/2ページ



2/2ページ

3	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。												
	æ	2 0	48	THE PROPERTY OF STREET CHARLES AN ARRANGE THE ARRANGE									
		981	58				Г						
	Ĺ	##£50	9.11FG		*	я в	100	*	A 6	10.	*	я	
		用意生的 (6)	88										
	Ĺ	医療機能・製料の	REN										
	œ	# 6 ************************************	4 HARRING CCCCIA										
HAR	a	mates monare gares		44 🔲		880	44	ŀD	D ac	est	-	п	0 : 0 :
	α	入院-遊	toti	CSEC	OWN	488)	CH	0 (#	1996	CSS	0	(33)	63
	a	NUMBER RUDGE DORS				п			п				
	Ĺ	上記の自己共和 場合は支払	間が下降る 中央数			R			п				
	8	mcconsens independent	i. Esso doctiv	OWYECHO ONLES ONLES	\$		(M)(5)			(MUPYCE (MOS) memory			
	27	m/a/tuan+mi	. XDORF		380.24	_	EE SEE OF	SMRECH R	ZAGEEN.	60		л	1
55	22	LANGERHANI LECTION VIOLENCE VALUE	manage			mayree.	BELLIN OF					TRV .	_

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 低所得者になる方 ※1	 ●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。 ●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) ●「限度額適用・標準負担減額認定」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」
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	・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 低所得者について」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くか、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	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	1	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)

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

④医科と⑤歯科の別ごと

①受診月ごと ②受診者ごと ③医療機関ごと

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)	・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 (70 歳以上)(**2)	・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)	・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1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せん。

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-267,000 円) ×1%	44,400 円
工(標準報酬月額 26 万円以下)	57,600 円	44,400 円
オ 低所得者(市区町村民税が非課税の方など)	35,400 円	24,600 円

※1 同一世帯で1年間に3回 以上の高額療養は、4回 を受けた場合は、4回 がらは自己も見担軽減後の 軽減後力軽減後の数 自己負担限度額が「す。 該当」の額となります。

70歳~74歳の方(高齢受給者) 平成30年8月診療分から

	所得区分		自己負担限度額						
	加特区分	外来 (個人ごと)	外来・入院 (世帯)						
現役並み〓(標準幸	吸酬月額 83 万円以上)	252,600 円+ (総医療費- 842,000 F	円)×1% 【多数該当:140,100円】						
現役並み川(標準執	B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」(標準報		80,100 円+(総医療費- 267,000 F	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	8,000円	24,600 円						
区川特有		0,000 🗇	15,000 円						

^{※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)