高額療養費について

１ヶ月に支払った医療費の自己負担額が上限額を超えた場合、超えた分が高額療養費として支給されます。対象になると、広域連合から「高額療養費の支給申請のお知らせ」が届きますので、健康課又は出張所にてお手続ください。

また、申請について、一度申請していただくと、その後は自動で診療を受けた日から、通常４ヶ月後に指定の口座に振込となります。

※振込口座を変更する場合には、健康課までお越しください。

負担割合	所得区分	１ヶ月ごとの上限額	
		外来 （個人単位）	外来＋入院 （世帯単位）
３割	現役並み所得者Ⅲ 課税所得 ６９０万円以上	２５２，６００円＋ （医療費の総額－８４２，０００円）×１％ 〈多数回１４０，１００円〉	
	現役並み所得者Ⅱ 課税所得 ３８０万円以上	１６７，４００円＋ （医療費の総額－５５８，０００円）×１％ 〈多数回９３，０００円〉	
	現役並み所得者Ⅰ 課税所得 １４５万円以上	８０，１００円＋ （医療費の総額－２６７，０００円）×１％ 〈多数回４４，４００円〉	
１割	一般	１８，０００円 年間の上限 １４４，０００円	５７，６００円 〈多数回４４，４００円〉
	低所得Ⅱ	８，０００円	２４，６００円
	低所得Ⅰ		１５，０００円

≪申請に必要な物≫

・高額療養費申請書
・通帳
・マイナンバーカード（通知カード等マイナンバーがわかるもの）
・身分証明書
・印鑑
・委任状（被保険者本人以外に振込む場合）

【様式３】

令和　　年　　月　　日

後期高齢者医療高額療養費支給申請書

個人番号					
被保険者番号		氏名			
生年月日	年　月　日	性別		電話番号	
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）				

該当するものに○をつけてください。該当するものがない場合は（　）内に記載してください。網掛けの中は記載不要です。

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 （　　）	本店・支店	預金種別	普通 当座
口座番号 左詰記載してください				
口座名義人 （カタカナ）				

口座名義人はカタカナで左づめで記入してください。濁点・半濁点は１字として、姓と名の間は１字あけてください。

青森県後期高齢者医療広域連合長　様

上記の通り、高額療養費の支給を申請します。

令和　　年　　月　　日

申請者　住所

氏名

【記入例３－１】

市町村
受付印

令和○○年○○月○○日

マイナンバーカード、または通知カードを参照してください。
不明の場合は市町村窓口で申請してください。

後期高齢者医療高額療養費支給申請書

市外局番から

個人番号	000000000001				
被保険者番号	00000001	氏名	広域　次郎		
生年月日	S15 年　2 月 10 日	性別	男	電話番号	000-000-0000
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)）				

該当するものに○をつけてください。該当するものがない場合は（）内に記載してください。網掛けの中は記載不要です。

振込先	青森　銀行　(信用金庫)　信用組合　協同組合　（　）	新町　本店・(支店)　1 0 2	預金種別	(普通)　当座
口座番号（左詰記載してください）	0 0 0 0 0 0 1			
口座名義人（カタカナ）	コ ウ イ キ　シ゛ ロ ウ			

店番

口座名義人はカタカナで左づめで記入してください。濁点・半濁点は

通帳表紙裏の**カタカナ表示**の名義を記入してください。
※濁点・半濁点は一文字として、姓と名の間は一文字あけてください。

青森県後期高齢者医療広域連合長　様

上記の通り、高額療養費の支給を申請します。

令和○○年○○月○○日

申請者　住所　青森市・・・・
氏名　広域　次郎

※申請者と受領者が**異なる**場合は**押印が必要**です。

郵送の場合は**①マイナンバーカードの表面及び裏面の写し、または通知カードの写し及び②運転免許証・住基カード・障害者手帳などの身元のわかるものの写し**をそれぞれ申請書とあわせて**同封**し、別紙お知らせの左下にある申請書提出先**市町村窓口**に送付してください。