



# 事務担当者(初任者)講習動画

---

## 【給付①】

東京金属事業健康保険組合 業務部

令和7年4月

## 健康保険の給付

- ◎ 健康保険は業務外の病気やけが、及び出産、死亡に対して給付を行うものです。
- ◎ 健康保険の給付の対象となるのは、治療方法として安全性や有効性が認められ、あらかじめ国によって保険の適用が認められている療養に限られます。

<p>健康保険で受けられる診療の範囲</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○医師の診察、必要な検査</li> <li>○薬剤、治療のための材料</li> <li>○処理、手術、注射、麻酔</li> <li>○精神科専門療法</li> <li>○入院および入院時の看護</li> <li>○在宅での療養上の管理や看護</li> </ul>
<p>健康保険で受けられないもの</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○仕事(業務上)が原因となって起きたけがや病気</li> <li>○通勤途上のけがや病気</li> <li>○美容整形</li> <li>○健康診断</li> <li>○単なる疲労や倦怠感に対する栄養剤の注射</li> <li>○正常な妊娠や出産</li> </ul>
<p>制限されるもの(全部または一部)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○犯罪行為や故意に事故を起こしたとき</li> <li>○けんか・酒酔い等による事故</li> <li>○不正な行為で保険給付受けようとしたとき 等</li> </ul>

# 健康保険の給付一覧①

○業務外の事由によること(業務上、通勤途上によるものは除く)

		法定給付		付加給付	
		被保険者	被扶養者	被保険者	被扶養者
病 気 ・ け が	病気やけがで医療機関にかかるとき	療養の給付	家族療養費	<ul style="list-style-type: none"> <li>・一部負担還元金</li> <li>・家族療養費付加金</li> <li>・訪問看護療養費付加金</li> <li>・家族訪問看護療養費付加金</li> <li>・合算高額療養費付加金</li> </ul>	
	評価療養、選定療養を受けたとき	保険外併用療養費	家族療養費		
	やむを得ない事由で保険証が使えないときなど	療養費	第二家族療養費		
	自己負担額が高額になったとき	高額療養費	高額療養費		
	在宅で療養している難病患者等が訪問看護のサービスを受けたとき	訪問看護療養費	家族訪問看護療養費		
	入院時に食事の提供を受けたとき	入院時食事療養費	入院時食事療養費		

## 健康保険の給付一覧②

○業務外の事由によること(業務上、通勤途上によるものは除く)

		法定給付		付加給付	
		被保険者	被扶養者	被保険者	被扶養者
傷病	病気やけがのため仕事を休み給料がもらえないとき	傷病手当金			
出産	出産のため仕事を休み給料がもらえないとき	出産手当金			
	妊娠4か月(85日)以上で出産したとき	出産育児一時金	家族 出産育児一時金	出産育児一時金 付加金 1児につき 52,000円	
死亡	死亡したとき	埋葬料(費)	家族埋葬料	埋葬料付加金 50,000円	家族埋葬料 付加金 15,000円

## 病気やけがをしたとき（現物給付）

### 《療養の給付・家族療養費》

病気やけがをしたとき、保険医療機関の窓口でマイナ保険証等を提示することで、かかった医療費の一部を支払うことにより、必要な医療が受けられます。

また、医師から処方せんを交付されたときは、保険薬局で調剤が受けられます。

### 【窓口負担額】

#### 被保険者

- 70歳未満 ⇒ 3割負担
- 70歳以上 ⇒ 2割負担(一般)
- ⇒ 3割負担(現役並み所得者\*1)

\*1・・・標準報酬月額が28万円以上の方

#### 被扶養者

- 義務教育就学前 ⇒ 2割負担
- 義務教育就学後70歳未満 ⇒ 3割負担
- 70歳以上 ⇒ 2割負担(一般\*2)

\*2・・・被保険者が70歳以上で現役並み所得者の場合は3割負担

- 入院したとき、医療費の負担とは別に、入院時の食事の費用として1食につき510円（低所得者は減額）の食事療養標準負担額を支払います。
- 65歳以上の人が慢性の病気で療養病床に入院したとき、医療費の負担とは別に、食費1食510円＋居住費1日370円（低所得者は減額）の生活療養標準負担額を支払います。
- 在宅で療養するとき、難病患者・末期がん患者などは、かかりつけの医師の指示により、訪問看護ステーションから派遣された看護師等の看護・介護を受けることができます。

## 療養費・第二家族療養費（現金給付）

立て替え払いをしたとき・やむを得ない事由によって健康保険を使えなかったときで、一旦全額支払った費用については、健康保険組合に請求すれば、療養費として健康保険で定められた範囲で払い戻しが受けられます。

申請内容	例	提出書類
① やむを得ない事由(急病等)により自費で受診したとき	●資格取得の手続き中などでマイナ保険証等を窓口 に提示できなかった	○療養費支給申請書 ○診療報酬明細書(レセプト)(原本) ○領収書(原本)
② 現在の健康保険組合に加入する以前に加入していたときの健康保険で受診したとき		○療養費支給申請書 ○前保険者に医療費を返還した際の領収書(原本) ○前保険者から送られてくる診療報酬明細書(レセプト)

申請内容	例	提出書類
③医師の指示により、治療用装具を作成したとき	<ul style="list-style-type: none"> <li>●関節用装具やコルセット</li> <li>●義眼(眼球摘出後眼窩保護のため)</li> <li>●9歳未満の小児治療用眼鏡</li> <li>●四肢のリンパ浮腫治療の弾性着衣</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○療養費支給申請書</li> <li>○医師による装具装着の必要性を証明する指示書(原本)</li> <li>○領収書(原本)</li> <li>○靴型装具を作成した場合は、作成した靴型装具の写真を添付</li> </ul>
④海外で医者にかかったとき	<ul style="list-style-type: none"> <li>●旅行中の急病</li> <li>●海外に赴任、滞在等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○海外療養費支給申請書</li> <li>○診療報酬明細書(医師が作成)</li> <li>○領収明細書(原本) ○邦訳</li> <li>○海外で支払った領収書(原本)</li> <li>○受診者の海外に渡航した事実が確認できるもの(パスポート写しなど)</li> <li>○同意書(担当医師に照会すること)</li> </ul>

申請内容	例	提出書類
⑤ 医師の同意を得て、はり・きゅう、あんま・マッサージを受けたとき		<ul style="list-style-type: none"> <li>○療養費支給申請書(施術内容)</li> <li>○医師による施術の必要性を証明する同意書(原本)(初回時および6ヵ月ごとの再同意)</li> <li>○領収書(原本)</li> <li>○施術報告書</li> </ul>
⑥ 重症患者が医師の指示で一時的、緊急的に移送されたとき		<ul style="list-style-type: none"> <li>○移送費承認申請書(医師の意見書)</li> <li>○移送費支給申請書(保険者が認めた場合)</li> <li>○移送に要した費用の領収書・明細書(原本)</li> </ul>

# 療養費支給申請書様式

## 健康保険 被保険者 療養費支給申請書

令和 年 月 日提出 被保険者 被扶養者 療養費支給申請書 【治療用装具、立替払い等】

○記入の方法は裏面を参照してください

① 被保険者等の 記号・番号	記号 番号	被保険者 ② (申請者) 氏名
③ 被保険者の 生年月日	昭和 年 月 日 平成 年 月 日	④ 事業所名
⑤ 被保険者の (申請者) 現住所	〒 電話(日中の連絡先) ( )	
⑥ 療養費が被扶養者 に関するときは その方の	氏名	生年月日 昭和 年 月 日 平成 年 月 日 年齢 歳 年齢 歳
⑦ 傷病名	⑧ 発病または負傷の年月日 (療養開始日)	平成 年 月 日
⑨ 発病または 負傷の原因	( 年 月 日( ) 午前・午後 時 分頃 負傷・発病) 業務上のものですか はい・いいえ ⑩ 第三者による ものですか はい・いいえ	
⑪ 診療を受けた保険 医療機関等	名称	診療した 医師の氏名
⑫ 診療の期間 (支給期間)	自 令和 年 月 日 日間 至 令和 年 月 日 日間	⑬ 診療区分 入院・通院 自 令和 年 月 日 日間 至 令和 年 月 日 日間
⑭ 診療の内容	⑮ 診療に要した 費用の額	円
⑯ 療養費の支給 申請の理由 (該当するものに ○印を)	1. 緊急またはやむを得ない事由により、医療機関等で10割負担したため (理由: ) 2. 退職後、戻って以前加入していた健康保険で診療を受けたため 3. 治療用装具を作成したため(装具名: ) 4. その他( )	
金融機関 コード	金融機関名	銀行 信金 信組 農協
口座名義 (カタカナ)	預金種別	本店 支店 出張所
普通 当座	支店番号	口座番号

\*被保険者(申請者)以外の方が受け取る場合には委任状が必要です。

本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日 受付日付印

被保険者 (申請者)	住所 〒	印
氏名		
受領代理人	住所 〒	印
氏名		被保険者の印と別の 印を押してください
委任者と代理 入との関係	電話 (日中の連絡先)	( )

東京金属事業健康保険組合

R6.12.2

## 領収(診療)明細書

患者氏名			傷病名		
入院外			入院		
初診	時間外・休日・深夜	円	初診	時間外・休日・深夜	円
再診	× 回	円	内服	薬剤	単位
再診	× 回	円	調剤	× 回	円
再診	× 回	円	頓服	単位	円
再診	× 回	円	外用	薬剤	単位
再診	× 回	円	調剤	× 回	円
指導		円	処方	薬剤	単位
往診	× 回	円	麻毒	単位	円
夜間	× 回	円	調基	単位	円
在宅	× 回	円	注射	皮下筋肉内	回
在宅	× 回	円	静脈内	回	円
在宅	× 回	円	その他	回	円
その他	× 回	円	その他	回	円
薬剤	× 回	円	処置	薬剤	回
内服	× 回	円	手術	薬剤	回
頓服	× 回	円	検査	薬剤	回
外用	× 回	円	画像	薬剤	回
処方	× 回	円	麻毒	薬剤	回
麻毒	× 回	円	調基	薬剤	回
調基	× 回	円	その他	薬剤	回
注射	× 回	円	入院年月日	平成 令和 年 月 日	円
皮下筋肉内	× 回	円	入院料	× 日間	円
静脈内	× 回	円	入院料	× 日間	円
その他	× 回	円	入院料	× 日間	円
処置	× 回	円	入院料	× 日間	円
薬剤	× 回	円	入院料	× 日間	円
手術	× 回	円	入院料	× 日間	円
検査	× 回	円	入院料	× 日間	円
薬剤	× 回	円	特定入院料・その他	× 日間	円
画像	× 回	円	基準	× 回	円
麻毒	× 回	円	食	× 回	円
調基	× 回	円	特	× 回	円
その他	× 回	円	事	× 回	円
処方	× 回	円	食	× 回	円
薬剤	× 回	円	堂	× 回	円
合計		円	合計		円

上記のとおり領収(診療)いたしました。

令和 年 月 日 医療機関所在地  
電話番号  
医療機関名称  
担当保険医



# 海外療養費

**※海外分** 健康保険 被保険者 療養費支給申請書

年 月 日提出

○記入の方法は右頁を参照してください

被保険者が記入するところ	① 被保険者等の 記号・番号	記号	被保険者 ②(申請者) 氏名			
	③ 被保険者の 生年月日	昭和 平成	年 月 日	④ 事業所名		
	被保険者の ⑤(申請者) 現住所	〒		電話(日中の連絡先)	( )	
	⑥ 療養が被扶養者 に関するときはその方の	氏名	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	被保険者との 続柄
	⑦ 傷病名			⑧ 発病または負傷の日 (療養開始日)	昭和 平成 令和	年 月 日
	⑨ 発病または 負傷の原因	( 年 月 日( ) 午前・午後 時 分頃 発病・発傷) (いつ・どこで・何のために・何をしていた・どのようにして)			業務上の ものですか	はい・いいえ
	⑩ 診療を受けた 医療機関等の	名称	所在地		診療した医師名	はい・いいえ
	⑪ 診療の期間 入院・通院の別	自 令和 年 月 日 日間	入院 通院	⑫ 入院の時は 入院期間	自 令和 年 月 日 日間	至 令和 年 月 日 日間
	⑬ 診療の内容			⑭ 療養に要した 費用の額	円	
	⑮ 療養の給付を受ける ことができなかった理由	海外での診療のため				
⑯ 金融機関 コード	金融機関名	銀行 信金 債担 農協	本店 支店 出張所			
口座名義 (カタカナ)	預金種別		支店番号	口座番号		
	普通 当座					

\*被保険者(請求者)以外の方が受け取る場合には委任状が必要です。

委任状	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日		東京介護事業健康保険組合 受付日付印
		住所		
		氏名	印	
	受領 代理人	住所		
	氏名	印	(被保険者の印と別の 印を押しください)	
	委任者と代理人 との関係	電話	( )	
※				

【注意事項】

1. 表題の「被保険者」と「被扶養者」は、それぞれ該当する文字を○で囲んでください。
2. 表題の「被保険者」を○で囲んだときは、⑥に「該当せず」と記入してください。
3. 個人口座へ振り込みを希望される場合は、被保険者(申請者)の口座について記入してください。  
(日本国内の金融機関に限ります)
4. 被保険者(申請者)以外の方が給付金を受け取る場合は、⑬の委任状欄に記入をし、  
⑭に受領代理人の口座を記入してください。
5. 訂正するときは、二重線で抹消し、訂正してください。修正液等は使用しないでください。
6. 傷病が第三者の行為によるものであるときは、別に「第三者行為による傷病届」を当組合に請求のうえ、  
作成してこの申請書に添付してください。
7. この申請書を提出する際は、「様式A」「様式B」「海外で受診した際の領収・明細書の原本」「同意書」  
及び「海外に渡航した事実が確認できるもの(パスポートの写しなど)」を添付してください。

# 海外療養費支給申請書様式(診療内容・領収明細書)

Form A  
様式 A

1. This form is used for claiming the social insurance benefit.  
この様式は社会保険の給付の申請に使用されます。
2. This form should be completed and signed by the attending physician  
この様式は担当医が書き、かつ署名して下さい。
3. One form for each month, one form for hospitalization/outpatient and home visit.  
各月毎、入院・入院外毎に付この様式が1枚必要です。

## Attending Physician's Statement 診療内容明細書

1. Name of patient (Last, First)      Age (Date of Birth)      Sex (Male - Female)  
患者名 \_\_\_\_\_ 年齢(生年月日) \_\_\_\_\_ 性別(男・女)

2. Name of Illness or Injury preferably with Number of International Classification of Diseases for the use of Social Insurance (See the other side of this form)  
傷病名及び社会保険表章用国際疾病分類番号(裏面参照) \_\_\_\_\_ (No. \_\_\_\_\_)

3. Date of First Diagnosis : \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_  
初診日

4. Days of Diagnosis and Treatment : \_\_\_\_\_ days  
診療日数

5. Type of Treatment  
治療の分類  
 Hospitalization : From \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_ (days)  
入院 自 \_\_\_\_\_ 至 \_\_\_\_\_ (日間)  
 Out patient or Home Visit : \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_ \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_  
入院外 \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_ \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_

6. Nature and Condition of Illness or Injury (in brief)  
症状の概要

7. Prescription, operation and any other treatments (in brief)  
処方、手術その他の処置の概要

8. Was the treatment required as a result of an accidental injury?      Yes       No   
治療は事故の傷害によるものですか。      はい      いいえ

9. Itemized amounts paid to Hospital and /or Attending physician : Form B  
治療費      様式 B

10. Name and Address of Attending Physician  
担当医の名前及び住所  
Name 名前 : Last 姓      First 名  
Address 住所 : Home 自宅      Office 病院又は診療所      Phone 電話番号

Date 日付 \_\_\_\_\_      Signature 署名 \_\_\_\_\_  
Attending Physician 担当医  
Reference Number of your Medical Record (if applicable)  
診療録の番号 \_\_\_\_\_

Form B  
様式 B

## Itemized Receipt 領収明細書

(1) Fee for Initial Office Visit	初診料	\$ _____	
(2) Fee for Follow-up Office Visit	再診料	\$ _____	
(3) Fee for Home Visit	往診料	\$ _____	
(4) Fee for Hospital Visit	入院管理料	\$ _____	
(5) Hospitalization	入院費	\$ _____	
(6) Consultation	診察費	\$ _____	
(7) Operation	手術費	\$ _____	
(8) Professional Nursing	職業看護婦費	\$ _____	
(9) X-Ray Examinations	X線検査費	\$ _____	
(10) Laboratory Tests	諸検査費	\$ _____	
(11) Medicines	医薬費	\$ _____	
(12) Surgical Dressing	包帯費	\$ _____	
(13) Anesthetics	麻酔費	\$ _____	
(14) Operating Room Charge	手術室費用	\$ _____	
(15) The Others (Specify)	その他(特記せよ)	\$ _____	\$ _____
(16) Total	合計	\$ _____	\$ _____

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment, i. e, payment for luxurious room charge.  
注意 : 高級室料等治療に直接関係のないものは除いて下さい。

Name and Address of Attending physician / Superintendent of Hospital or Clinic  
担当医又は病院事務長の名前及び住所

Name : Last \_\_\_\_\_ First \_\_\_\_\_ Title \_\_\_\_\_  
名前      姓      名

Address : Home 自宅      Phone \_\_\_\_\_  
住所      Office 病院又は診療所      Phone \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_      Signature \_\_\_\_\_  
日付      署名

## 海外療養費支給申請書様式(診療内容・領収明細書の邦訳)

◆邦訳(様式A)診療内容明細書

2. 傷病名及び社会保険用国際疾病分類番号

6. 症状の概要

7. 処方、手術その他の処置の概要

翻訳者氏名	④
住 所	
電話番号	( )

◆邦訳(様式B)領収明細書

(15) その他(項目明記)

翻訳者氏名	④
住 所	
電話番号	( )

# 調査に関わる同意書

## 調査に関わる同意書 Agreement of Authorization

治療開始日 Starting date of medication	年 Year	月 Month	日 Day
患者名 Name of Patient	_____		
住所 Address	_____		
生年月日 Date of birth	年 Year	月 Month	日 Day

東京金属事業健康保険組合 御中

私（療養を受けた者）、\_\_\_\_\_は、健康保険組合の職員又は健康保険組合が委託した事業者が、海外療養費申請書類にある事実（療養行為を行った日時、場所、療養内容）を確認するため、申請書類の提供等によって、療養行為を行った者に照会を行い、当該者から照会に対する情報の提供を受けることに同意します。

また、上記確認にあたり、パスポートのコピーが必要となる場合には、パスポートを提示することも併せて同意します。

To:Tokyo kinzoku jigyo health insurance society

I (patient who has received treatment) authorize health insurance society or its staff, and its subcontractors to refer and obtain any and all factual information related to an overseas medical treatment benefit claim(s) filed or to be filed including date of the treatment, place, and any treatment records and information from the medical organization in order to verify by submitting the related application forms.

Also, I agree to submit a photocopy of my passport if it is necessary along verification process written above.

## 署名欄 Signature

署名は、治療を受けた本人が行ってください。

なお、次の場合は、親権者（本人が未成年の場合）、成年後見人（本人が成年被後見人の場合）、法定相続人（本人が死亡している場合）が署名してください。

Insured person who has received treatment shall sign one's signature.

However, in the following case, guardian (insured person is under age), guardian of adult (insured person is adult ward), heir (insured person is dead) shall sign one's signature.

氏名 Signature	_____
住所 Address	_____
日付 Date	年 Year 月 Month 日 Day
患者との関係 Relation to the insured	本人 Self・親権者 Guardian・法定相続人 Heir・その他 Other ( _____ )

※ 本同意書の有効期限は署名日から6か月間です。

This agreement of authorization expires 6 month after the signed date.

なお、国や地域、医療機関から所定の同意書や委任状などを求められた場合、所定の書類に必要事項を記載いただくことがあります。Also, we might ask you to fill out the formatted documents if countries or regions, and medical institutions required submitting their format of agreement of authorization or authorization letter.

# 移送費承認支給申請書・移送届様式

健康保険 被保険者 被扶養者 移送費承認申請書・移送届

技 官 の 見 察	技 官 の 印
-----------	---------

社会保険委員 の点検済印  (被保険者への 注意事項)  ア、(1)の申請書(2)票は多行印刷可能な患者の他の費用へ移送するとを、健康保険組合へ提出し、移送にかかる費用を 負担してもらうために承認を受けるものです。 急な治療のために承認を出す申請に移送を打つ場合には、移送してからの費用は、移送してから1ヶ月を目安に1回 申請を提出しなければなりません。 健康保険組合のホームページ「健康保険」のページには、詳しく説明する内容があります。 ウ、書類の1票印刷可能な文字をマウスで選んだら、右側に「印刷」ボタンが表示され、そのボタンをクリックしてください。 エ、文字を訂正する場合は、「訂正」ボタンをクリックして訂正し、その上正しい文字を入力してください。 オ、書類が印刷できない場合は、「印刷」ボタンをクリックして印刷し、その上正しい文字を入力してください。 カ、印刷できない場合は、印刷できない部分を印刷し、その上正しい文字を入力してください。	社会保険委員 の点検済印
	被保険者等の記号・番号 生年月日 届出年月日 被保険者の氏名 被保険者の住所 日中の連絡先 電話 ( ) 被扶養者が移送を受ける ための請求であること 日 年 月 日 傷病名 発症又は 負傷の原因 第三者行為によ るものですか 0:いいえ 1:はい 移送期間 0:入院外 1:入院 0:無 1:有 移送を必要とする期間 年 月 日 から 年 月 日 まで 日間 移送を必要とする理由 移送する前に申請する ことができなかったと きはその理由

東京金属事業健康保険組合  
受付日付印

## 移送を必要とする医師又は歯科医師の意見書

傷病名  移送を必要とする理由 症状、その他 具体的に記入し てください。	(医師への注意事項) 数字または文字を訂正する場合は、誤った数字または文字を二重線で抹消し、その部分へ訂正印を同じ印で押しつけてからその上に正しい数字または文字を記入して下さい。
移送の方法 区間・回数	上記のとおり移送の必要を認めます。 令和 年 月 日 住所 〒 - 医師の 氏名 : 電話 内線 ( )

## 高額療養費(70歳未満)

被保険者・被扶養者が、同一の医療機関(入院・通院別(調剤分含む))で1人・1ヵ月にかかった保険診療分の自己負担額(21,000円を超える自己負担額が複数あるときは合算)が、下表の自己負担限度額を超えた場合、超えた分が申請により高額療養費として支給されます。

所得区分(標準報酬月額)	自己負担限度額	多数該当
(ア)83万円以上	252,600円+(総医療費-842,000円)×1%	140,100円
(イ)53~79万円	167,400円+(総医療費-558,000円)×1%	93,000円
(ウ)28~50万円	80,100円+(総医療費-267,000円)×1%	44,400円
(エ)26万円以下	57,600円	44,400円
(オ)低所得者 (市区町村民税非課税)	35,400円	24,600円

## 高額療養費(70歳～75歳未満高齢受給者)

被保険者・被扶養者が、1ヵ月にかかった保険診療分の自己負担額の合計が、下表の自己負担限度額を超えた場合、超えた分が申請により高額療養費として支給されます。

所得区分(標準報酬月額)		自己負担限度額	
		個人単位(外来)	世帯単位(入院含む)
83万円以上		$252,600円 + (総医療費 - 842,000円) \times 1\%$	多数該当: 140,100円
53～79万円		$167,400円 + (総医療費 - 558,000円) \times 1\%$	多数該当: 93,000円
28～50万円		$80,100円 + (総医療費 - 267,000円) \times 1\%$	多数該当: 44,400円
26万円以下		18,000円(年間14.4万円上限)	57,600円 多数該当: 44,400円
低所得者	(Ⅱ)	8,000円	24,600円
	(Ⅰ)		15,000円

◎多数該当とは、同一世帯で、診療を受けた月以前の12ヵ月間にすでに3ヵ月以上高額療養費が支給された場合は、自己負担限度額が4ヵ月目から軽減されます。

◎合算高額療養費とは、世帯で21,000円を超える保険診療分の自己負担額が複数あるときは、合算した額が自己負担限度額を超えた場合は、超えた分が合算高額療養費として支給されます。

ただし、70歳未満の人の場合は自己負担額21,000円以上が合算の対象となり、70歳以上の人の場合は自己負担額をすべて合算できます。

70歳以上の人と70歳未満の人が高額療養費に該当するときは、70歳以上の人自己負担限度額を適用したあと、残りの自己負担額を70歳未満の自己負担額に合算し、70歳未満の自己負担限度額を適用します。

◎長期高額疾病について、(1)慢性腎不全で人工透析を実施している患者、(2)血友病、(3)抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群の人の場合は、自己負担限度額が10,000円になります。(1)の人については標準報酬月額が53万円以上の人は自己負担限度額が20,000円となります。

この取扱いを受けるには、医師の意見書等を添えて健康保険組合に申請し、「健康保険特定疾病療養受療証」の交付を受け、医療機関の窓口を受療証と被保険者証を提出します。

## 付加給付(70歳未満)

当健康保険組合では、法律に定められた高額療養費の給付に加えて、「一部負担還元金」「家族療養費付加金」「訪問看護療養費付加金」「家族訪問看護療養費付加金」「合算高額療養費付加金」として独自の給付を行っています。

支給要件は、被保険者・被扶養者が、同一の医療機関(入院・通院別(調剤分含む))で1人・1ヵ月にかかった保険診療分の自己負担額(高額療養費の支給があるときはその額も除いて)から、下表の自己負担限度額を除いた額が支給されます。ただし、国や地方自治体等の制度により、医療費の自己負担相当額または、その一部が受けられる場合は、支給できないこともあります。

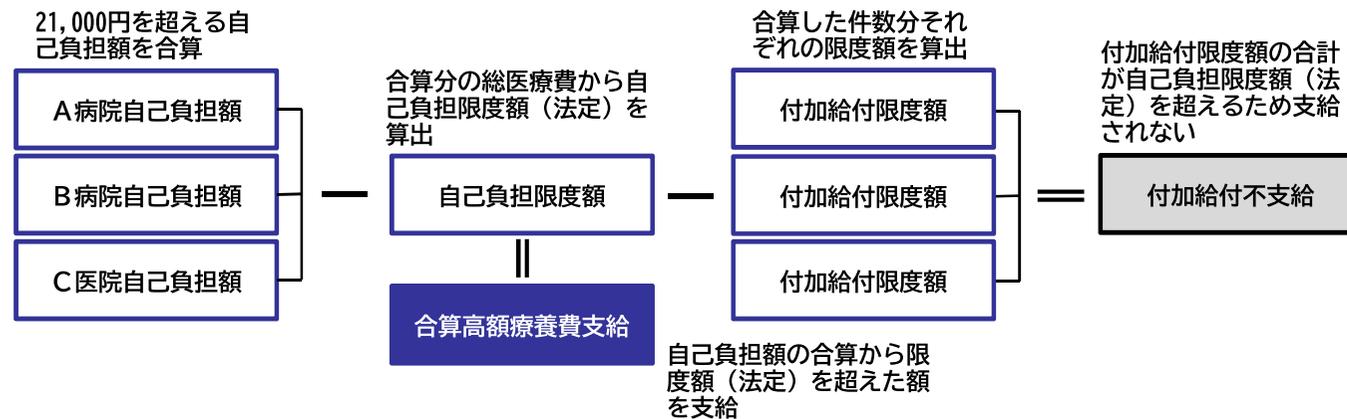
区分(標準報酬月額)	自己負担限度額
83万円以上	101,000円+(総医療費-337,000円)×1%
53~79万円	67,000円+(総医療費-223,000円)×1%
28~50万円	30,000円+(総医療費-100,000円)×1%
26万円以下	23,000円
低所得者	14,000円

## 付加給付(70歳～75歳未満高齢受給者)

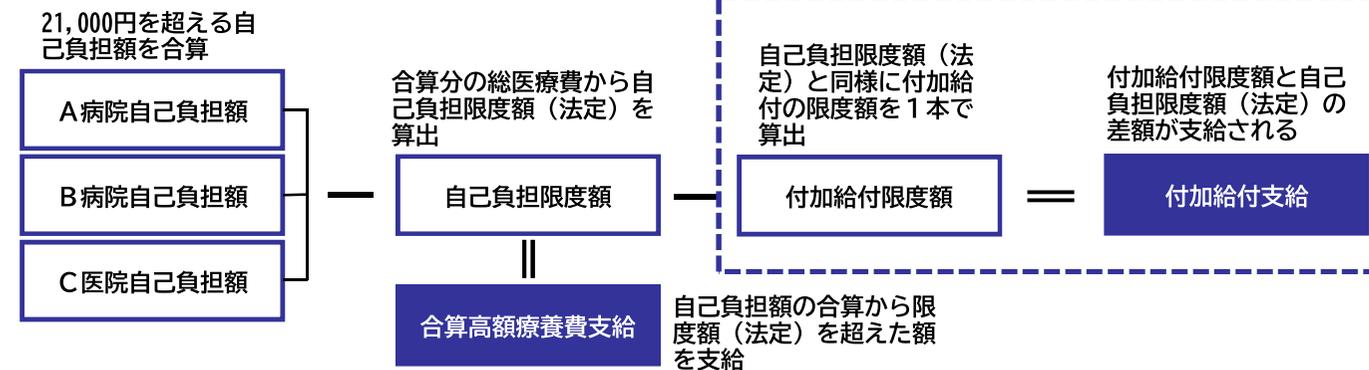
区分(標準報酬月額)	自己負担限度額	
	個人単位 (外来)	世帯単位(入院含む)
現役並み所得者(28万円以上)	30,000円	30,000円+(総医療費-150,000円)×1%
一般所得	23,000円	23,000円
低所得者	14,000円	14,000円

# 合算高額療養費付加金の計算方法の変更

## ■ 図1 従来の計算方法



## ■ 図2 変更後の計算方法



# 高額療養費および一部負担還元金等申請書

## 健康保険 高額療養費 および

一部負担還元金  
家族療養費付加金  
訪問看護療養費付加金  
家族訪問看護療養費付加金  
合算高額療養費付加金

## 支給申請書

診 療 月 (療養を受けた月) *申請は月単位です		令和 年 月	
① 被保険者等の 記号・番号	記号 番号	② 被保険者氏名 (申請者)	
③ 被保険者(申請者) の住所	〒 日中の連絡先 電話 ( )		
④ 事業所名	電話 ( )		
⑤ 療養を受けた方の 氏名 生年月日	氏名 昭和 平成 令和 年 月 日 続柄	氏名 昭和 平成 令和 年 月 日 続柄	氏名 昭和 平成 令和 年 月 日 続柄
⑥ 診療料または傷病名			
⑦ 療養を受けた 医療機関等の 名称・所在地	名称 所在地	名称 所在地	名称 所在地
⑧ 入院・外来・訪問・ 調剤薬局の別	入院・外来・訪問・調剤薬局	入院・外来・訪問・調剤薬局	入院・外来・訪問・調剤薬局
⑨ ⑦の医療機関等で 療養を受けた 期間	月 日から 日 月 日まで 日間	月 日から 日 月 日まで 日間	月 日から 日 月 日まで 日間
⑩ ⑦の期間で医療機関 等に支払った額 (保険診療分)	円	円	円
⑪ 他の制度(市区町村 の助成制度等) により自己負担額 相当額の支給を 受けられますか	・受けられる (制度名 ) (費用徴収 有・無 ) ・受けられない	・受けられる (制度名 ) (費用徴収 有・無 ) ・受けられない	・受けられる (制度名 ) (費用徴収 有・無 ) ・受けられない
⑫ 市区町村が 証明する *該当する方のみ	当該被保険者は 令和 年度の 令和 年 月 日 市区町村長が課税されないことを証明する。 市区町村長名 印		
⑬ 信 探 込 口座	金融機関 コード	金融機関名	銀行 信金 信組 農協 本店支店 出張所
	口座名義 (カタカナ)	預金 種別	普通・ 当座 支店 番号 口座 番号

\*被保険者(申請者)以外の口座に振り込む場合は、印の委任状欄を記入してください。なお、初期の委任には押印が必要です。

前 委 任 状	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日		東京金属事業健康保険組合
		住所		
		氏名	印	
		住所		
受 代 理 人	氏名	住所	氏名	*被保険者の印と別 の印を押してください。
	委任者と代理人 との関係	電 話 (日中の連絡先)		

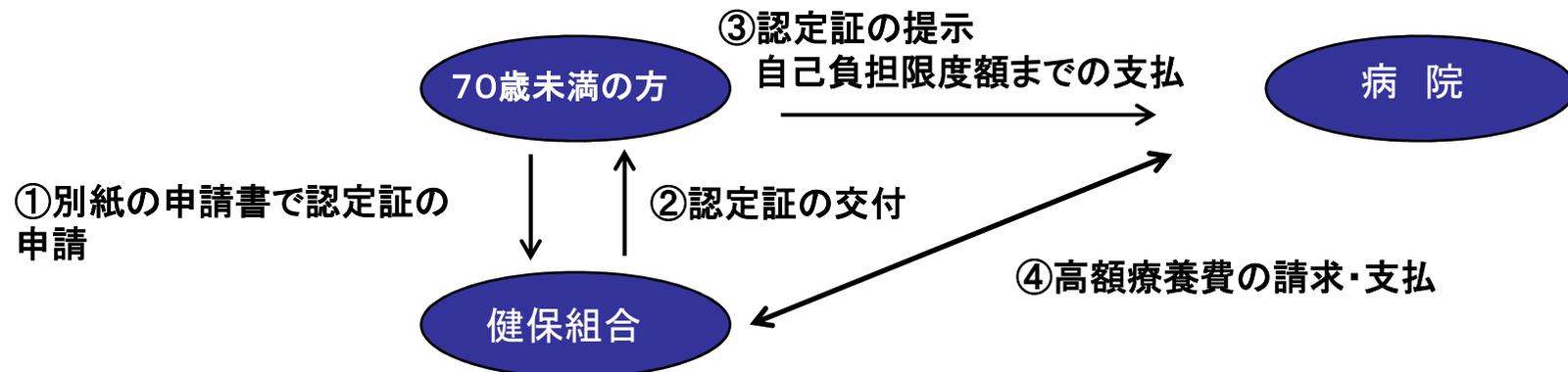
## 70歳未満の方の窓口支払いが軽減されます

～高額な医療費を支払うときは事前に認定証の申請を～

高額療養費制度は、医療機関での窓口支払いが高額になり、自己負担限度額を超えた場合、健康保険組合に申請して、限度額を超えた分について後から払い戻しを受ける制度です。

事前に健康保険組合に申請して「限度額適用認定証」の交付を受け、窓口での支払い時にそれを提示しますと、支払いが自己負担限度額までで済み、窓口での支払いが軽減されるようになります。

この認定証がないと、従来どおり窓口で一旦3割を支払い、後で払い戻しを受けることになります。



なお、多数・合算の高額療養費、一部負担還元金等の付加給付については、従来どおり申請が必要です

# 健康保険限度額適用認定申請書

郵便	郵便病院	郵便所

## 健康保険限度額適用認定申請書

被保険者番号 番号・番号	記号		番号		認定証 送付先	いずれかにチェックを入れてください		
						<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 事業所	<input type="checkbox"/> その他
被保険者	氏名	(英)	(英)	お 常 務 先 の	事業所 名称			
	生年月日				所在地			
認定証交付 対象者 (初年度等の場合は 記入不要)	氏名	(英)	(英)	被保険者 との関係				
	生年月日				療養開始日 (西暦年-月-日)			
被保険者の住所	〒	TEL						
電話番号 (10桁の番号)								

※ 申請内容について確認させていただく場合があります。必ず、日中業務のつく連絡先をご記入ください。

被保険者の住所（自宅）以外に送付を希望する場合	
送付先住所	〒
宛 名	

※ マイナ保険証を利用されている方には、認定証は発行されません。

※ 労務課担当者をお呼びの年には認定証は発行しません。

※ 認定証の有効期間は、原則、申請日（当組合の会計月）の前日から1年間となります。

※ 労務課担当者のお呼びがお客様により、労務課からの送付を希望する場合は、西暦欄目に控除のうえ申請いただく

際に労務課の求・支援（求職サポート：03-5366-2366、求職支援サポート：03-6339-2441）にご連絡ください。

うえのとおり健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。

令和 年 月 日 提出

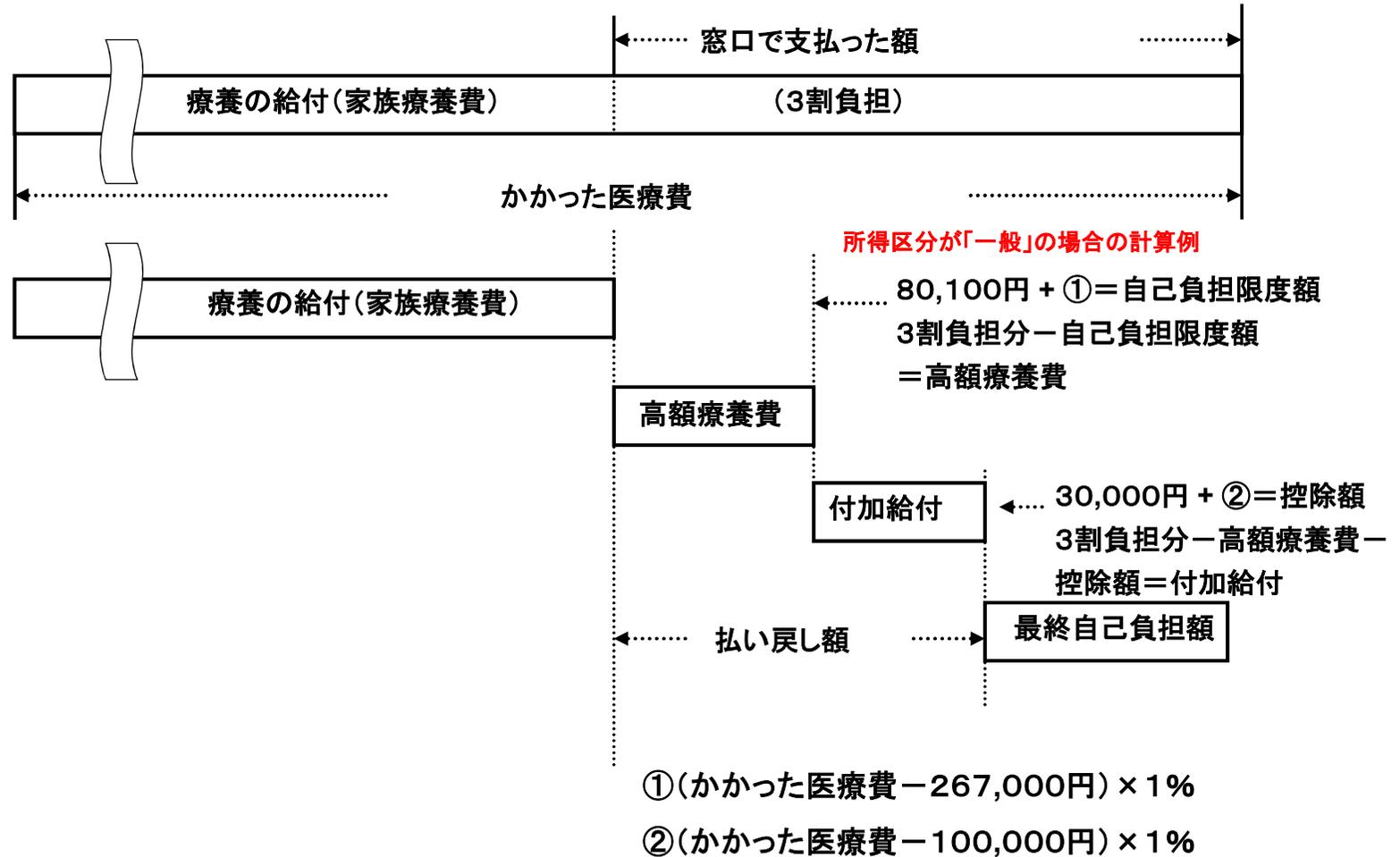
**◆ マイナ保険証の利用で限度額適用認定申請書が不要になります◆**  
 マイナ保険証（マイナンバーカードに保険証利用の記載をしたもの）を利用すれば、限度額適用認定証を提示しなくても所定療養費限度における限度額を越える支払いが免除されます。  
 この限度額適用認定申請書の提出は不要となりますので、マイナ保険証をぜひご利用ください。

【健康保険組合処理欄】

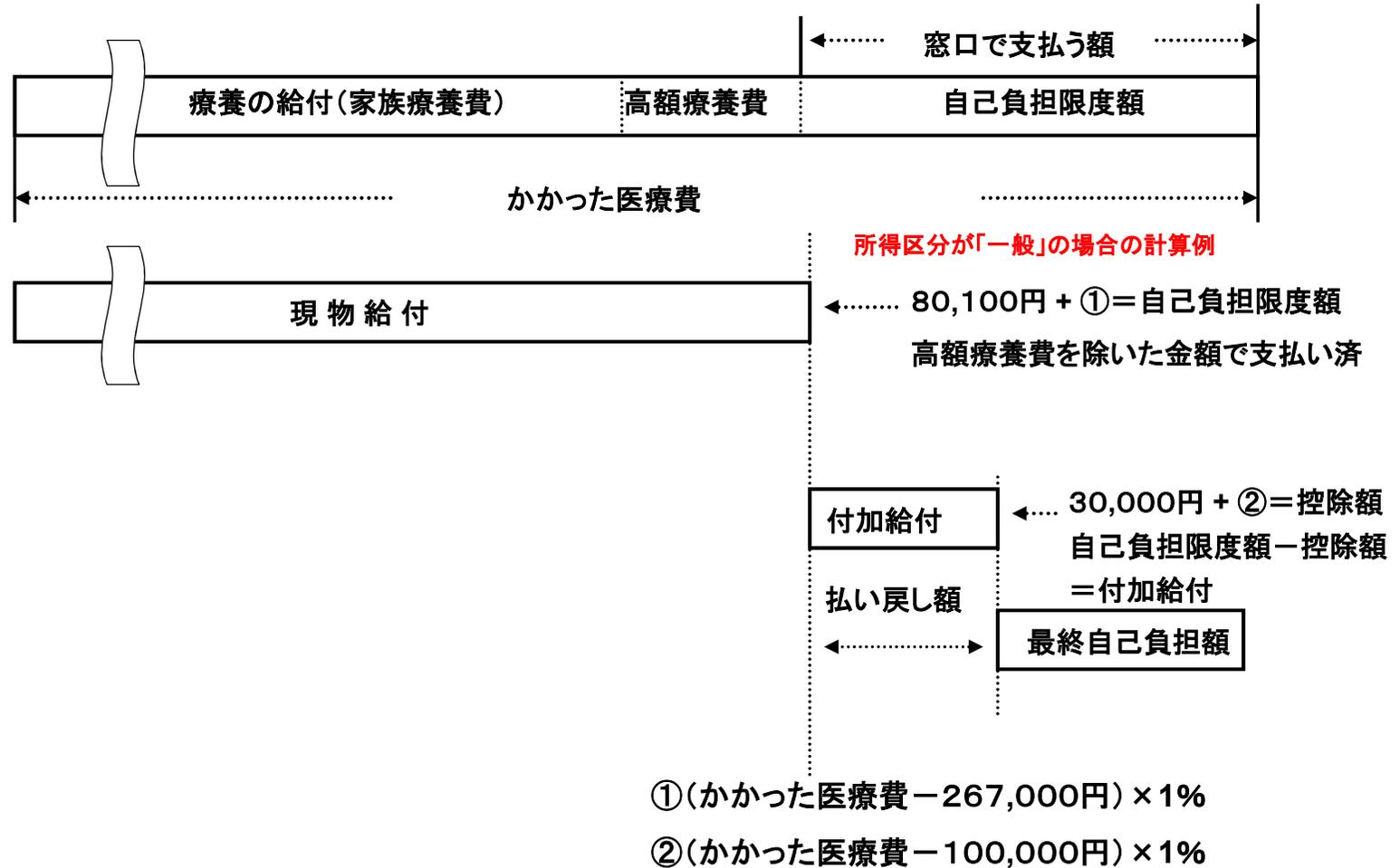
東京企業事業健康保険組合  
交付日付印

標準報酬月額		千円
--------	--	----

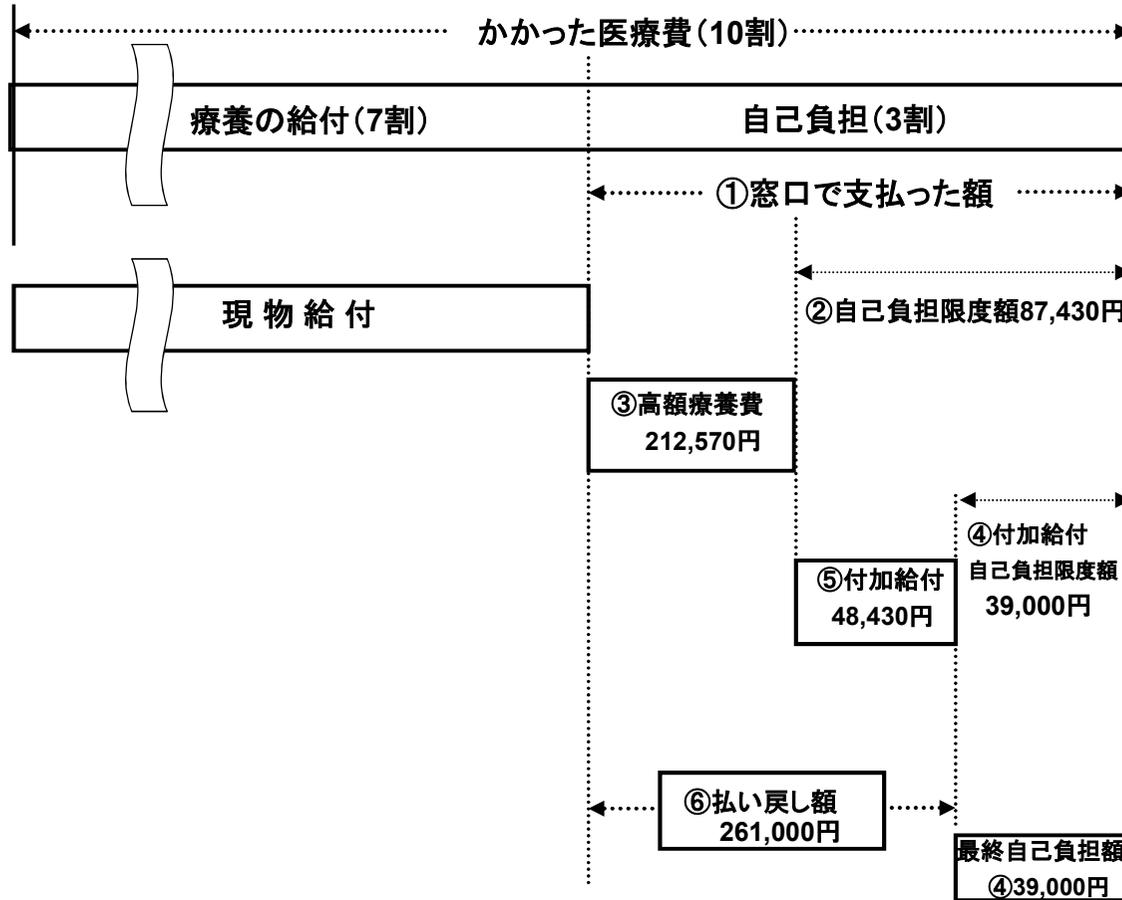
・限度額適用認定証を提示しない場合の医療費(所得区分(ウ)の場合)



## ・限度額適用認定証を提示した場合の医療費(所得区分(ウ)の場合)



## 計算例(年齢は70歳未満で所得区分は「ウ」のケース)



### 【かかった医療費(10割)が100万円の場合】

(窓口負担額)

$$100\text{万円} \times 3\text{割} = 300,000\text{円} \dots \textcircled{1}$$

(高額療養費自己負担限度額)・・・計算式にあてはめると  
 $80,100\text{円} + (100\text{万円} - 267,000\text{円}) \times 1\% = 87,430\text{円} \dots \textcircled{2}$

(高額療養費支給額)

$$\textcircled{1} 300,000\text{円} - \textcircled{2} 87,430\text{円} = 212,570\text{円} \dots \textcircled{3}$$

(付加給付自己負担限度額)・・・計算式にあてはめると  
 $30,000\text{円} + (100\text{万} - 100,000\text{円}) \times 1\% = 39,000\text{円} \dots \textcircled{4}$

(付加給付支給額)

$$\textcircled{1} 300,000\text{円} - \textcircled{3} 212,570\text{円} - \textcircled{4} 39,000\text{円} = 48,430\text{円} \textcircled{5}$$

【払い戻し額】(高額療養費+付加給付)

$$\textcircled{3} 212,570\text{円} + \textcircled{5} 48,430\text{円} = 261,000\text{円} \dots \textcircled{6}$$

最終的には自己負担額

$$\textcircled{1} - (\textcircled{3} + \textcircled{5}) = \textcircled{4} 39,000\text{円}$$



**ご視聴ありがとうございました**

---

**【給付①】**

**東京金属事業健康保険組合 業務部**