

健保処理欄	支払年月日	診療月	令和	年	月	診療分	常務理事	事務長	GL	係				
	支給額	高額	百	十	万	十	百	十	円	支給区分	本人	家族	世帯合算	
		付加	0	0	0	0	0	0	0		円	入院	外来	調剤
			一般高額			多数該当			標準報酬月額			千円		
	資格	取得	年		月	日	喪失		年		月	日		
	計算式	点 × 10 × 0.2 =			円			<input type="checkbox"/> 調剤合算		高額療養費の自己負担限度額 (H27.1改正)				
		点 × 10 × 0. =			円			<input type="checkbox"/> 付加金支給		<input type="checkbox"/> 252,600円 + (円 - 842,000円) × 0.01 <input type="checkbox"/> 167,400円 + (円 - 558,000円) × 0.01 <input type="checkbox"/> 80,100円 + (円 - 267,000円) × 0.01 <input type="checkbox"/> 57,600円				
		点 × 10 × 0.3 =			円					<input type="checkbox"/> 多数 <input type="checkbox"/> 140,100円 <input type="checkbox"/> 93,000円 <input type="checkbox"/> 44,400円				
		合計			円									
		- 自己負担限度額			円									
	(1) 高額療養費			円										
	- 30,000円			円										
	(2) 付加金			円										

トヨタ関連部品健康保険組合 御中

## 高額療養費(付加給付金)請求書 《こども・医療助成》

AAA

被保険者(請求者)が記入する欄	被保険者証の記号・番号	記号	番号	事業所名								
	被保険者(請求者)氏名	被保険者(請求者)連絡先		〒								
	生年月日	昭・平	年	月	日							
	診療月	令和	年	月	*診療月ごとに請求してください。							
	該当者の氏名・続柄・生年月日	氏名	続柄	氏名	続柄							
		生年月日	昭・平・令	年	月	日						
	診療期間	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	から	日間
	入院/通院	入院・通院 (○で囲んでください)		入院・通院 (○で囲んでください)								
	医療機関	名称										
		所在地										
傷病名												
自己負担額	[ 食事療養、室料、自費分等除く ]		円	[ 食事療養、室料、自費分等除く ]	円							

委任状	私は上記給付金の受領を下記の者に委任します。
	令和 年 月 日
	被保険者氏名
	受任者 所在地 事業所名称 受任者名

以下に該当される場合は、その都度、この請求書を会社に提出してください。

対象者	添付書類
こども・障害・ひとり親家庭などの医療助成対象者が受診し、1ヶ月の窓口負担が自己負担限度額を超えたとき	・領収書(原本) ・医療受給者証(写)
上記医療受給者以外の中学卒業までの被扶養者(家族)が受診し、1ヶ月の窓口負担が3万円を超えたとき	・領収書(原本)

### 注意事項

- 自己負担額は、1人・1ヶ月(1日～月末)・1病院・入院/外来別で算出
- 保険診療のみ対象(入院時食事療養費・差額室料・自費分等は除く)
- 市町村の医療助成に該当し、自己負担限度額を超えた場合は、高額療養費のみ支給。付加給付の支給なし。(市町村の医療助成優先)

月額	自己負担限度額
83万-	252,600円 + (総医療費 - 842,000円) × 0.01
53-79万	167,400円 + (総医療費 - 558,000円) × 0.01
28-50万	80,100円 + (総医療費 - 267,000円) × 0.01
-26万	57,600円

【提出の流れ】 本人 → 会社 → 健保組合 (任意継続者は直接健保へ)

備考 (個人番号:任意記入)