

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	本人	家族	世帯合算				
	付加				0	0	0		入院	外来	調剤				
									一般高額	多数該当					
									標準報酬月額	千円					
健 保 処 理 欄	点 × 10 × 0.2 = 円 点 × 10 × 0. = 円 点 × 10 × 0.3 = 円 合計 円 - 自己負担限度額 円 (1) 高額療養費 円 -30,000 円 (2) 付加金 円								<input type="checkbox"/> 調剤合算 <input type="checkbox"/> 付加金支給		資格	取得	年	月	日
											喪失	年	月	日	
											高額療養費の自己負担限度額 (H27.1改正)				
											一般高額	<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			
										多数	<input type="checkbox"/> 140,100円 <input type="checkbox"/> 93,000円 <input type="checkbox"/> 44,400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	電話番号	- -					
	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	生年月日	昭・平・令				
	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)