

# 高額療養費・付加金の支給申請について（70歳未満向け）

## ①高額療養費

医療機関等の窓口でのお支払いが下記自己負担限度額を超過した場合にご請求いただけます。

※自己負担限度額は、保険診療分に係るもののみであり、食事療養費・差額ベッド等の自費分は除きます。

【自己負担限度額】

所得区分	1カ月当たり的高額療養費の自己負担限度額 【医療機関ごと(入院・外来別) / 医科・歯科別】
ア (標準報酬月額83万円以上)	252,600円+(総医療費-842,000円)×1% (多数該当: 140,100円)
イ (標準報酬月額53~79万円)	167,400円+(総医療費-558,000円)×1% (多数該当: 93,000円)
ウ (標準報酬月額28~50万円)	80,100円+(総医療費-267,000円)×1% (多数該当: 44,400円)
エ (標準報酬月額26万円以下)	57,600円 (多数該当: 44,400円)

※同一月・同一世帯で、保険適用の自己負担額が1件21,000円以上のものが2件以上あり、それらを合算した額が上記自己負担限度額を超えた場合、合算高額療養費としてご請求いただけます。

## ②付加金

※上記①高額療養費に該当していなくても、下記金額を超過していればご請求いただけます。

ア (標準報酬月額83万円以上)	63,000円以上/月ごと・個人ごと
イ (標準報酬月額53万円~79万円)	58,000円以上/月ごと・個人ごと
ウ (標準報酬月額28万円~50万円)	38,000円以上/月ごと・個人ごと
エ (標準報酬月額26万円以下)	33,000円以上/月ごと・個人ごと

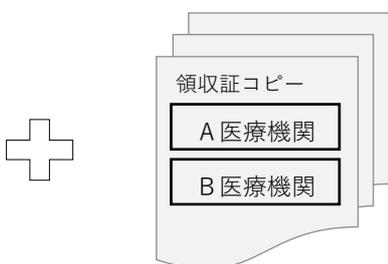
【請求方法】

「高額療養費・付加金支給申請書」に「領収証のコピー」を添付してご請求ください。

※領収書はA4サイズでコピーをお願い致します。A4サイズ内に収まる場合、領収書を複数枚まとめてコピーしていただけます。



月ごと・個人ごと  
に1部ずつ作成。



領収証を白黒コピーし、A4サイズの  
用紙にまとめる。(サイズ内に収まる  
場合、領収書はまとめてコピー可)



郵送

〒100-0014  
東京都千代田区永田町  
2-17-2

東京薬業健康保険組合  
審査課医療係へ

- ❖ 対象となる金額は、保険診療分に係るもののみであり、食事療養費・差額ベッド等の自費分は除きます。
- ❖ 自治体等の医療費助成を受けている方は、還付を受けた金額が分かる写しを併せてお送りください。  
なお、還付を受けた額によっては付加給付に該当しない場合があります。
- ❖ 同月内の保険診療費は、別疾病・別医療機関であってもすべて足してご請求いただけます。
- ❖ ご請求の郵便費用等は実費負担となります。
- ❖ 請求権の時効は2年です。(起算日：診療月の翌月1日、又は支払いが翌月以降の場合は、支払日の翌日)

審査課医療係 ☎ 03 (3581) 1676