

国民健康保険高額療養費支給申請書
(長期高額特定疾病)

受付印欄

(宛先) 長野市長 次のとおり申請します

太枠内をご記入ください。申請は診療月ごとに必要です / 保険者名: 長野市 (200014)

被保険者記号番号		記号 長 番号								枝 番 不要
※ 世帯主が国民健康保険以外に加入している場合は、世帯員の被保険者番号を記入して下さい。										
年 月 診療分		申請年月日		年 月 日						
(申請者・委任者) <u>世帯主</u> 住所・氏名等	〒 長野市									
	氏名		自署の場合は 押印不要							
	個人番号 (マイナンバー)				電話 ()		—			

投薬を受けた 被保険者の氏名等	(昭・平・令 年 月 日生)		
	個人番号 (マイナンバー)		
投薬を受けた 調剤薬局等	所在地 名 称		所在地 名 称
調剤薬局で 投薬を受けた期間	日		日 受付者
一部負担金額	円		円

- ☐ 世帯主の公金受取口座を利用する (既に登録済みの方のみ可)
- ☐ その他振込先口座を指定する

振込先金融機関	銀行・農協・信用金庫・信用組合			支店・支所
	口 座 番 号	フリガナ		
		口 座 名義人		

↓ 世帯主名義以外の口座に振込希望の場合は下欄にも記入・押印してください。

委任状	私 (世帯主) は、申請により支給される高額療養費の受領を次の者に委任します。		委任者印 (世帯主の 認印)
	受任者 (口座名義人) 住所 世帯主と同じ ☐ 〒		
	受任者 (口座名義人) 氏名 電話 () —		

- ※ 診療月の翌月 1 日から 2 年以内に申請してください。
- ※ 修正・訂正がある場合は二重線を引いてください (押印不要・修正液等不可)。

↓ 長野市国保処理欄につき記入不要

自己負担限度額	1 一般・高齢受給者 (1 万円)	・	2 一定以上所得者・不申告 (2 万円)
支 給 決 定 額		円	

高額療養費（長期特定疾病分）の申請について

1 長期特定疾病とは

厚生労働大臣の定める疾病について、長期的かつ継続的に保険適用診療を受診されている方には、申請により、その疾病にかかる医療費の自己負担限度額が1万円又は2万円になる「特定疾病療養受療証」を交付します。

また、この「特定疾病療養受療証」を提示して受診した際の病院及び処方箋（調剤）にかかる一部負担金のうち、自己負担限度額を超えて負担した額については、「高額療養費（長期特定疾病分）」として支給の対象となります。診療月ごとにご申請ください。

(1) 特定疾病に該当する疾病

- ア 人工腎臓を実施している慢性腎不全
- イ 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害（いわゆる血友病）
- ウ 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群（HIV 感染を含み、厚生労働大臣の定める者に限る）

(2) 自己負担限度額

疾病名	70歳未満 上位所得世帯（※）	70歳未満 上位所得世帯以外	70歳以上
慢性腎不全	2万円	1万円	1万円
血友病等	1万円	1万円	1万円

※ 「上位所得世帯」とは、世帯の被保険者全員の基礎控除後の合計所得が600万円を超える世帯

2 高額療養費（長期特定疾病分）申請について

高額療養費（長期特定疾病分）の申請は、窓口または郵送にて受け付けています。

(1) 窓口で申請手続きをする際に必要なもの（申請場所：国保・高齢者医療課、各支所）

- ア 本人確認書類
- イ 投薬を受けた薬局の領収書（原本）
- ウ 普通預金通帳などの振込先口座がわかるもの

(2) 郵送での申請時に必要なもの

この申請書（記入漏れがないようにお願いします）と、イの領収書（原本）を送付してください。領収証は確認後に郵送でお返しします。

※原則、診療月の翌月1日から受付可能です（月額合計1万円以下の場合は対象外です）。

※申請後に支給されるまで、診療月から4カ月程度の日数が見込まれます。また、医療機関からの確認書類が届いていない場合はさらにかかることがあります。