

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)

国民健康保険被保険者証 記号・番号		記号	長	番号						
※ 世帯主が国民健康保険以外に加入している場合は、世帯員の国民健康保険証の「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) 世帯主の 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				市職員 確認印
一部負担金額	円				円				

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					

↓ 世帯主名義の口座以外に振込を希望する場合は記入して下さい(押印が必要です)。

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 <input type="checkbox"/>									
	〒 □□□□ □□□□ □□□□									
	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)。

以下、市役所職員確認欄

保険区分	1 一般									
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：国民健康保険課・各支所）

- ア 国民健康保険証（資格喪失後は不要）
- イ 領収書（原本）
- ウ 通帳等の普通預金口座がわかるもの
- エ マイナンバーカード（お持ちの方のみ）

(2) 郵送での申請時に同封するもの

申請書と（1）のうち、イを送付してください（記入漏れがないようにお願いします）

- ※ 原則、診療月の翌月1日から受付可能です（1万円未満の場合、診療月同月は受付できません）。
- ※ 申請後の支給までの期間は、診療月から最短で3カ月程度を見込みます。ただし、医療機関からの請求書が届かない場合はさらに時間がかかります。