

請求の手続き & おねがい

医療保険制度の改正により、令和8年8月および令和9年8月に高額療養費の自己負担限度額の見直しが行われ、併せて、年間（8月～翌年7月診療分）の自己負担上限額が新設されました。年間の自己負担上限額を超えて負担した場合は、加入する健康保険制度（※）から翌年8月以降に給付されることになります。

改正に伴い、互助会の給付額の算定においても、年間の自己負担上限額を限度として給付を行います。

つきましては、令和8年8月診療分以降の医療費負担分について等しく正しい給付を行うため、次のとおり取り扱いますので、請求方法の変更にご理解とご協力をいただきますようお願いいたします。

※健康保険制度とは、加入している国保、協会けんぽ等

医療費の請求はお早めに（1件が6,120円以上）

医療費の請求は診療月（1日から末日まで）ごとに翌月以降に請求

- 病院ごとに1件とする。
- 薬局ごと（処方箋を発行した病院ごと）に1件とする。
- 同一病院であっても入院と外来は分けてそれぞれ1件とする。
- 同一病院であっても内科と歯科は分けてそれぞれ1件とする。

※ 同一月の請求は、家族会員分も含めて、ひとり5件まで1枚の医療費請求書に記入して提出してください。

添付書類

○領収書の写し（令和8年8月診療分からの変更点）

令和8年8月に診療を受けた分の請求からは、金額が6,120円未満のものも含め、全て添付をお願いします（全ての領収書を添付したことを確認して、医療費請求書の「療養を受けた月の全ての領収書は添付しましたか。□はい」の□欄に✓をお願いします。）。

領収書は受診者氏名、保険点数および保険診療分の自己負担額が確認できるものを添付してください。

○限度額適用認定証の写しまたはマイナポータル保険情報の画面コピー

保険診療分の自己負担額が**36,900円**（適用区分「オ」の自己負担限度額）を超えている場合は、氏名、適用区分が確認できるものを必ず添付してください（健康保険制度から適用区分の証明書等の交付を受けた場合は、証明書の写しでも可能です。）。

○加入している健康保険制度から附加給付の支給がある場合は、決定通知書など給付額等の内容が確認できる書類の写しを添付してください。

※ 領収書の写しを添付できない場合は、「医療費請求書に係る申請書」に病院または薬局の証明を受けてください。

※ 薬局の領収書に処方箋発行医療機関名の記載がない場合は、領収書の余白に記入してください。

※ 入院の場合は、入院期間が確認できる領収書の写しを添付してください。

保険診療分の医療費が対象です

- 入院時の食事療養負担金、文書料、室料差額、評価療養・選定療養費、人間ドック等の検診費用および予防接種料などの保険診療以外のものは、給付の対象となりません。
- 健康保険制度の適用となる治療用装具などの費用は、給付の対象になりますので、領収書の写しおよび健康保険制度が負担した金額が確認できる書類の写しを添付してください。

※ 高額療養費の支給申請が必要になる場合がありますので、健康保険制度へお問い合わせください。

※ 給付事由が生じた日から2年を経過すると、時効により給付は受けられませんのでご注意ください。