健康 使用 欄	支給決定額		円	単独 ・ 合算	多数該当 無・有	所得の種類	標準報酬月額	受取 代理人	常務理事	担当上司	担 当
	海外 表示	国内・海外	第三者 行為			無・有	ア・イ・ウ・エ・オ 1.現役並み所得者(Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ) 2.一般 3.低所得(Ⅰ・Ⅱ)	千円	無・ 有		

健康保険
被保険者
被扶養者
世帯合算
高額療養費支給申請書
(第 回目) (入院・通院)

★太枠部分にご記入下さい。

被保険者等の記号・番号		記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください		事業所(会社)の名称		診療年月	
-						令和 年 月	

被保険者(申請者)の氏名		生年月日		電話番号	
(フリガナ)		昭和 年 月 日		(勤務先) - -	
		平成 年 月 日		(携帯) - -	

被保険者(申請者)の住所	郵便番号	(フリガナ)

療養を受けた方の	氏名			
	生年月日	昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日
	続柄			

傷病名			
-----	--	--	--

療養を受けた病院等の	名称			
	所在地			

療養を受けた期間	令和 年 月 日から 日 まで 日間	令和 年 月 日から 日 まで 日間	令和 年 月 日から 日 まで 日間
----------	--------------------	--------------------	--------------------

支払った額のうち 保険診療分の金額 (自己負担額)	円	円	円
(円)	(円)	(円)	(円)

他の公的制度から、 医療費の助成を受けて いますか	☐ はい ☐ いいえ ↓はいの場合	☐ はい ☐ いいえ ↓はいの場合	☐ はい ☐ いいえ ↓はいの場合
---------------------------------	--	--	--

助成を受けた制度の名称			
自己負担分の助成の内容	☐ 全額助成 ☐ 一部自己負担あり	☐ 全額助成 ☐ 一部自己負担あり	☐ 全額助成 ☐ 一部自己負担あり

診療合計点数	点	点	点
--------	---	---	---

入院・通院の別	入院・通院	入院・通院	入院・通院
---------	-------	-------	-------

算定基礎	診療点数×10円	自己負担額	診療点数×10円	自己負担限度額 円
	(円) × $\frac{123}{10} =$ (円)	(円)	252,600円 + (円) - 842,000) × 1%	
	(円) × $\frac{123}{10} =$ (円)	(円)	167,400円 + (円) - 558,000) × 1%	
	(円) × $\frac{123}{10} =$ (円)	(円)	80,100円 + (円) - 267,000) × 1%	
			140,100円 93,000円 57,600円	
			44,400円 35,400円 24,600円	
			18,000円 15,000円 8,000円	

支払金融機関の欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 出張所	預金種別	普通

*被保険者名義の口座	口座番号	口座名義	(フリガナ)

※被保険者(申請者)以外の口座に振込を希望する場合は、下記の受取代理人欄に記入して下さい。

受取代理人の欄	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。		(フリガナ)	委任者と代理人との関係
	被保険者(申請者)住所 氏名	代理人の氏名		
	代理人の住所	郵便番号	(フリガナ)	電話番号

◎申請書は診療月ごとに作成してください。提出の際、領収書の写しを添付してください。(市区町村にて発行)。
◎非課税者は住民税非課税証明書(原本)を添付してください。