

健康 使用 欄	支給決定額	円	単 独 ・ 合 算	多数 該当	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 高額療養費支給申請書 (第 回目) (入院・通院)

被保険者 被扶養者 世帯合算

※個人番号で申請される場合は、備考欄(下部)に個人番号を記載してください。ただし、その場合は個人番号確認書類及び身元確認書類の提出が必要となります。

★太枠部分にご記入下さい。

被保険者証の記号・番号		被保険者(申請者)の氏名			生年月日			診療年月			
		(フリガナ)			昭和 ・ 平成	年	月	日	令和	年	月

被保険者 (申請者) の住所	郵便番号	(フリガナ)	電話番号
			- -

事業所(会社)の名称	事業所(会社)の 所在地	TEL ( ) -
------------	-----------------	-----------

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
----------	----------------------	----------------------	----------------------

病院等で支払った額 (自己負担額)	円	円	円
	( ) 円	( ) 円	( ) 円
※保険診療分の自己負担額を記入して下さい。			

他の公的制度から、 医療費の助成を受け ていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ↓はいの場合	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ↓はいの場合	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 全額助成 <input type="checkbox"/> 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	

備考欄	
-----	--

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	1: 普通 2: 当座
	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。 令和 年 月 日			(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。