

健康保険高額療養費支給申請書(第 回)

◎記入方法・添付書類については裏面をご覧ください。◎請求月ごとに一枚作成してください。◎領収証のコピーを添付してください。

被保険者証の記号・番号		③ 生 年 月 日	
①	②	1: 昭 2: 平	年 月 日
④ 被 保 険 者 (申 請 者) 氏 名 ・ 印 (フリガナ)		事業所 ⑤ 名称 ⑥ 所在地	電話番号() -
相続人からの申請の場合は被保険者氏名()			電話番号() -
⑦ 郵 便 番 号		⑧ 被 保 険 者 (申 請 者) の 住 所 ・ 電 話 番 号	
-		電話番号() -	
⑨ 診 療 月	年 月	●70歳以上の方で過去1年間のうちに次に掲げる事項に該当された方は番号に○をつけてください 1. 「健康保険限度額適用・標準負担減額認定証」を所持された方 2. 一部負担金の割合について、「健康保険高齢受給者基準収入額適用申請書」を提出された方	
単独・合算の別	単独・合算	多数該当の別	所得等の種類
		無・有	一般・非課税・生活保護・上位所得者・一定以上所得者
⑩ 療養を受けた者の氏名		1	2
生 年 月 日 (続 柄)		昭・平・令 年 月 日 ()	昭・平・令 年 月 日 ()
⑪ 傷 病 名			
⑫ 療養を受けた 医療機関等の 名称 所在地			
⑬ 上記の医療機関等で 療養を受けた期間・実日数		年 月 日から 年 月 日まで 日間	年 月 日から 年 月 日まで 日間
⑭ 上記で受けた療養に対して 医療機関等で支払った額		円	円
⑮ 他の制度により自己負担額相当額 又はその一部の支給を受けますか		はい(制度名) 費用徴収 いいえ 有・無	はい(制度名) 費用徴収 いいえ 有・無
診 療 合 計 点 数			
⑯ 入 院 ・ 通 院 の 別		入院・通院	入院・通院

※	算定基礎	$\left(\begin{array}{l} \text{診療点数} \\ \text{ } \\ \text{ } \\ \text{ } \end{array} \right) \times 1.2.3 = \left(\begin{array}{l} \text{ } \\ \text{ } \\ \text{ } \end{array} \right) \text{円}$	$\left(\begin{array}{l} \text{自己負担額} \\ \text{ } \\ \text{ } \\ \text{ } \end{array} \right) - \left(\begin{array}{l} 150,000 \text{円} + (\text{ }) \text{円} - 500,000 \times 1\% \\ 83,400 \text{円} + (\text{ }) \text{円} \\ 80,100 \text{円} + (\text{ }) \text{円} \\ 44,400 \text{円} + (\text{ }) \text{円} \\ 24,600 \text{円} + (\text{ }) \text{円} \\ 12,000 \text{円} + (\text{ }) \text{円} \\ 8,000 \text{円} + (\text{ }) \text{円} \end{array} \right) - \left(\begin{array}{l} \text{診療点数} \times 10 \text{円} \\ \text{ } \\ \text{ } \\ \text{ } \end{array} \right)$

振込口座	銀行等	店	1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段	預金口座名	義人の氏名
	銀行	支店	預金口座番号		
	金庫	出張所			

※在職中の方へ (↑ 事業所への受領委任をお願いしております。被委任者指定口座をご記入ください。 ↓ 受取代理人の欄にご記入・捺印してください。)

受取代理人の欄	⑰ 本請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。 令和 年 月 日 被保険者(申請者) 住所 氏名	⑱ 代理人の氏名・印 ⑲ 代理人の住所・電話番号 電話() -

上記④の被保険者には、 年度の市区町村民税が課されていないことを証する。
 令和 年 月 日
 市区町村長名

社会保険労務士氏名・印

↑ 市区町村民税が非課税の場合に、市区町村長の証明を受けてください。