

支給支払決議書

Header table with columns for dates (受付年月日, 伺い年月日, 決裁年月日, 支払年月日), amounts (支払金額), and roles (常務理事, 事務長, 課長, 係長, 担当). Includes a red box: '本申請書ご提出の際は、病院から発行された医療費の領収証の写しを、必ず添付してください。' and a yellow box: '★ 申請は月単位です ★ 1回の入院や傷病が月をまたいでいる場合は、診療月ごとに分けてご提出ください。'

該当するものに○
本人分のみ .. 本人
家族分のみ ... 家族
複数人分 ... 合算

記入不要

高額療養費支給申請書 (第 4 回目) {H27 年 4月診療(入院)・(通院) 分}

*お支払は、受診した月から3~4か月ほど後になります。

*申請書は、診療月(1~30)ごとに作成してください

Main application form with 14 numbered sections. Includes fields for insurance ID, name, date of birth, hospital name, dates of treatment, and amounts paid. Includes callouts: '保険証に記載してある記号番号', '同一月に他医療機関で21,000円以上の支払いがあれば、合算請求が出来ますのでご記入下さい。', '通院の場合は通院した日数を記入。', '4回目~は自己負担金額が引き下げられ還付金額が増えますので、該当する場合は記入。', '被保険者本人名義の口座'.

- * 一定の制度により自己負担相当額の支給を受けられる場合は、この高額療養費は支給されません。
* ⑤~⑪は、同一月に医療機関別、入院・通院別に自己負担額が80,100円(標準報酬月額が53万円以上の場合150,000円)を超える自己負担額がある場合又は同一月に医療機関別、入院・通院別の自己負担額(⑫欄の費用徴収が「有」の場合は、自己負担額相当額)が21,000円を超える自己負担が複数有りそれらの合計が上記80,100円を超える場合について記入してください。
* ⑪は、病院等で支払った額のうち、保険診療分に係わるもの及び薬剤一部負担額についてのみ記入し、特別室料、歯科で認められている差額徴収額等については除いてください。但し、その額が明確でないときは病院等で支払った金額を記入し、その旨を付記してください。尚、⑫欄において費用徴収が「有」の場合は、当該徴収された費用の額を記入しその領収書の写しを添付してください。
* ⑫は、他の制度により自己負担相当額又はその一部の支給を受けられるかどうかについて該当するほうに○をつけ、受けられる場合は次に掲げる制度のうち該当するものの記号(「その他」の場合は具体的制度名)を記入してください。又、自己負担相当額の一部について費用を徴収されたか否かについて該当する方に○印をつけてください。
ア. 原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律 イ. 児童福祉法 ウ. 予防接種法 エ. 身体障害福祉法 オ. 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律 カ. 結核予防法
キ. 麻薬及び向精神薬取締法 ク. 母子保健法 ケ. 医薬品副作用被害救済・研究振興調査機構法 コ. 沖縄の復帰に伴う厚生省関係法令の適用の特別措置等に関する政令
サ. 精神薄弱者福祉法 シ. 進行性筋萎縮症者療養等給付事業 ス. 特定疾患治療研究事業 セ. 小児慢性特定疾患治療研究事業 ソ. 毒ガス障害者救済対策事業
タ. 公害医療研究費の国庫補助 テ. 先天性血液凝固因子障害等治療研究事業 ツ. 水俣病総合対策費の国庫補助 テ. その他

Section 15: 委任状 (Power of Attorney). Includes text: '本請求に基づき給付金に関する受領を代理人に委任します。' and a box: '被保険者以外の方が受領する場合のみ記入 振込先口座は代理人名義のものを記入し、被保険者との続柄が証明できる書類を添付してください 例:住民票(世帯全員・続柄記載)・戸籍謄本'

Section 17: 領収書 (Receipt). Includes text: '京葉ガス健康保険組 記入不要' and fields for name and stamp.

Section 18: 市区町村が証明 (Certification by City/Town/Village). Includes text: '市区町村が証明 記入不要' and fields for date and stamp.