

健康保険高額療養費支給申請書(第 回)

◎記入方法については記入例をご覧ください。◎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 (フリガナ)		事業所	⑤ 名 称
相続人からの申請の場合は被保険者氏名()			⑥ 所 在 地
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	無・有	所得等の種類
					70歳未満・ア・イ・ウ・エ・オ / 70歳以上75歳未満・現役並Ⅲ・現役並Ⅱ・現役並Ⅰ・一般所得者
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		名 称			
医療機関等の		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 日間 年 月 日まで		年 月 日から 日間 年 月 日まで	
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 () × 1・2・3 = () 円 () × 1・2・3 = () 円 () × 1・2・3 = () 円 () × 1・2・3 = () 円 () × 1・2・3 = () 円 () × 1・2・3 = () 円	自己負担額	診療点数 × 10円 252,600 円+ () 円 - 842,000 円 × 1% ㉗Ⅲ 140,100 円(多) 167,400 円+ () 円 - 558,000 円 × 1% ㉘Ⅱ 93,000 円(多) 80,100 円+ () 円 - 267,000 円 × 1% ㉙Ⅰ 44,400 円(多) 57,600 円㉚ 35,400 円㉛ 24,600 円(多) 18,000 円 一般 (個人) 57,600 円 一般 (世帯)
	支給算出額		円

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

※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。 被保険者(申請者) 住所 年 月 日 氏名	⑱ 代理人の氏名 被保険者(申請者)との関係 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。 市区町村長名 年 月 日	社会保険労務士氏名
--	-----------

↑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。