

健康保険高額療養費支給申請書(第 回)

記入例

◎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 被保険者証カードをご確認のうえ正しくご記入ください			
被 保 者	④ 被 保 険 者 (申 請 者) 氏 名 (フリガナ) オオサカ タロウ		⑤ 名 称 〇〇電気工事株式会社
	大阪 太郎		⑥ 所 在 地 大阪府〇〇市〇〇町1-1-1
が 入 入 入	⑦ 郵 便 番 号 ***-****		⑧ 被 保 険 者 (申 請 者) の 住 所 ・ 電 話 番 大阪府〇〇市△△区〇〇町
	⑨ 診 療 月 0 3 0 7	●70歳以上の方で過去1年間のうちに次に掲げる事項 1.「健康保険限度額適用・標準負担減額認定証」を所持 2.一部負担金の割合について、「健康保険高齢受給者 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	
す る と こ ろ	⑩ 療 養 を 受 け た 者 の 氏 名 生 年 月 日 (続 柄)		⑪ 傷 病 名
	大阪 太郎 昭平・令40年 3月16日(本人)		脳腫瘍
こ ろ	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
	〇△病院 〇△市〇〇町1-1		3年 7月 1日から 29 日間 3年 7月31日まで
こ ろ	⑭ 上 記 で 受 け た 療 養 に 対 し て 医 療 機 関 等 で 支 払 っ た 額		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
	150,480 円		はい(制度名) 費用徴収 有・無 いいえ 有・無
⑯ 診 療 合 計 点 数		⑰ 入 院 ・ 通 院 の 別	
		入院・通院	

70歳未満で、同月内に、同一保険番号を所持している方が
①入院・通院別で
②保険診療窓口負担額が21,000円以上ある場合は1~3の枠に必要な事項を記入してください。
70歳以上の方については、負担額に関わらず、同月内に受診した医療機関ごとに記入をしてください。
記入欄が足りない場合は続紙をご用意ください。
その場合、振込口座や受取代理人の欄は1枚目に記載されていれば大丈夫です。

$\begin{matrix} \text{診療点数} \\ \text{算定基礎} \end{matrix} \times 1.2 \cdot 3 = \text{自己負担額 (円)}$	$\begin{matrix} \text{診療点数} \times 10 \text{円} \\ \text{円}-842,000) \times 1\% \text{ ㉓} \\ \text{円}-558,000) \times 1\% \text{ ㉒} \\ \text{円}-267,000) \times 1\% \text{ ㉑} \end{matrix}$
<p>健保使用欄なので記入しないでください</p>	
$\begin{matrix} 57,600 \text{円(㉔)} \\ 15,000 \text{円} \\ 20,000 \text{円} \end{matrix}$	$\begin{matrix} 44,400 \text{円} \\ 12,000 \text{円} \\ 10,000 \text{円} \end{matrix}$
支給算出額	円

振込口座	銀行等口座口座預金種別預金口座名義人の氏名
勤務先に依頼して、予め健保組合に届出済みの「委任口座」を記入してください。	

※在職中の方へ (1 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。)
(2 受取代理人の欄にご記入ください。)

受 取 代 理 人 の 欄	⑱ 代理人の氏名・印 被保険者(申請者)との関係	
	被保険者(申請者)の住所 氏名	
被保険者の住所氏名を記載してください		勤務先に依頼して、予め健保組合に届出済みの「委任者」をご記入ください。

上記④の被保険者には、	退職者、及び任意継続被保険者の方は必要ありません。	務士氏名
市区町村長名	年 月 日	

↑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。