

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。

① 被保険者証の記号・番号		③ 生年月日	
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			
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
相続人からの申請の場合は被保険者氏名( )			
⑦ 郵便番号		⑧ 被保険者(申請者)の住所・電話番号	
***-****		大阪府〇〇市△△区〇〇町	
⑨ 診療月	年	月	日
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
⑩ 療養を受けた者の氏名 生年月日(続柄)		大阪 太郎 昭平・令40年3月16日(本人)	
⑪ 傷病名		脳腫瘍	
⑫ 療養を受けた名称		〇△病院	
⑬ 療養を受けた医療機関等の所在地		〇△市〇〇町1-1	
⑭ 上記の医療機関等で療養を受けた期間・実日数		3年7月1日から 29日間 3年7月1日まで	
⑮ 上記で受けた療養に対して医療機関等で支払った額		150,480 円	
⑯ 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	
⑰ 診療合計点数			
⑱ 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。

診療点数	自己負担額	診療点数 × 1.2・3 = ( 円 )	252,600 円 + ( 140,100 円 )	診療点数 × 10 円	円 - 842,000) × 1% ㉓
健保使用欄なので記入しないでください			57,600 円(㉔)	44,400 円	円 - 558,000) × 1% ㉒
			15,000 円	12,000 円	円 - 267,000) × 1% ㉑
			20,000 円	10,000 円	8,000 円
支給算出額 円					

銀行等口座	振込口座	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	被保険者の住所氏名を記載してください	代理人の氏名・印	被保険者(申請者)との関係
住所	大阪府〇〇市〇〇町〇〇番	氏名	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。
氏名		電話( )	

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。

市区町村長名 \_\_\_\_\_ 年 月 日 \_\_\_\_\_ 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。