

受付印		給付決定月： 年 月 / SEQ：				
支給決定	自己負担額	自己負担限度額	常務理事	事務長	係	係
	円 -	円				
		円				

本人
家族
合算

高額療養費支給申請書

(年 月診療分)

被 保 険 者 情 報	① 被保険者証の記号—番号	—		② 氏 名		
	③ 事業所の名称			③ 生年月日	年	月 日
	⑤ 住所・電話番号			TEL	()	
申 請 内 容	⑥ 受診者氏名	1	2	3		
	⑦ 受診者の生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日		
	⑧ 被保険者との続柄					
	⑨ 傷病名					
	⑩ 療養を受けた医療機関・薬局の名称					
	⑪ 入院・通院区分	入院 ・ 通院	入院 ・ 通院	入院 ・ 通院		
	⑫ 療養を受けた期間	月 日～ 日	月 日～ 日	月 日～ 日		
	⑬ 自己負担額(保険診療分) (食事代・室料等は除く)	円	円	円		
⑭ 他の公的制度から医療費の助成を受けているかどうか	受けている (制度名) (費用徴収の 有 ・ 無) 受けていない	受けている (制度名) (費用徴収の 有 ・ 無) 受けていない	受けている (制度名) (費用徴収の 有 ・ 無) 受けていない			
⑮ 今回申請診療月以前1年間に当健康保険組合より高額療養費の支給を3回以上受けた場合、直近3か月分の診療月	1	2	3			
受 取 金 融 機 関	銀行・農協 信金・信組		(預金種目)	口座番号		
	支店		1. 普通 2. 当座	(フリガナ) 口座名義		
委 任 状	本申請に基づく給付金に関する受領を右記代理人に委任します。		【代理人】 (口座名義人)			
	【本人】	年 月 日	住所			
	「住所は被保険者記入欄の住所と同じ」		氏名			
	氏名		氏名			

自己負担限度額	
ア 252,600円 + ([140,100円]	円 - 842,000円) × 1% =
イ 167,400円 + ([93,000円]	円 - 558,000円) × 1% =
ウ 80,100円 + ([44,400円]	円 - 267,000円) × 1% =
エ 57,600円 [44,400円]	
オ 35,400円 [24,600円]	自己負担額には薬剤一部負担(外来分)を含む

【添付書類】

- ・「領収書」のコピー
- ・被保険者本人が非課税世帯の場合は、最新の非課税証明書