

受付印		自己負担額		自己負担限度額		常務理事	事務長	係	係
		円 -		円					
		日分		円					

本人
家族
合算

高額療養費支給申請書（第 回目）

（ 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・印			印		
	③ 事業所の名称			④ 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		
	⑧ 被保険者との続柄								
	⑨ 傷病名								
	⑩ 療養を受けた医療機関の名称及び所在地	名称							
		所在地							
	⑪ 療養を受けた期間	年	月	日～	日	年	月	日～	日
	⑫ 自己負担額(保険診療分) (食事代・室料等は除く)	円		円		円		円	
⑬ 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				
⑭ 今回申請の診療月以前1年間に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	診療月	1		2		3			
	社会保険事務所名 (健康保険組合支部名)								
受 取 金 融 機 関	銀行・農協 信金・信組		支店		(預金種目) 1. 普通 2. 当座		口座番号 (7桁) 口座名義		
	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。 【本人】 年 月 日 「住所は被保険者記入欄の住所と同じ」 氏名 印			【代理人】 (口座名義人) 住所 氏名 印					

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