

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
(R3 年 2 月診療分)

被保険者情報	① 被保険者証の記号-番号	10 - 345678	② 氏名	西部 太郎		
	③ 事業所の名称	西部ガス(株)	③ 生年月日	H7 年 7 月 7 日		
	⑤ 住所・電話番号	福岡市中央区天神 7-7-7			TEL 092 (633) 1111	
申請内容	⑥ 受診者氏名	1 西部 太郎	2 "	3 西部 花子		
	⑦ 受診者の生年月日	H7 年 7 月 7 日	H7 年 7 月 7 日	H2 年 2 月 2 日		
	⑧ 被保険者との続柄	本人	"	妻		
	⑨ 傷病名	急性虫垂炎	外耳炎	白内障		
	⑩ 療養を受けた医療機関・薬局の名称	西部第一外科	西部耳鼻科	西部薬局		
	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	2 月 3 日～ 9 日	2 月 1 日～ 15 日	2 月 25 日～ 日		
	⑬ 自己負担額(保険診療分) (食事代・室料等は除く)	57,600 円	33,000 円	26,770 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			事業主 (預金種目) 記入欄 口座番号 (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。 【本人】 R3 年 3 月 3 日 「住所は被保険者記入欄の住所と同じ」 氏名 西部 太郎			【代理人】 (口座名義人) 住所 事業主 記入欄 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