

受付印	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				
		日分	円				

本人
家族
 合算

高額療養費支給申請書 (第 回目)

(R1 年 10 月診療分)

被保険者情報	① 被保険者証の記号-番号	12 - 345678	② 氏名・印	西部 太郎 	
	③ 事業所の名称	西部ガス(株)	④ 生年月日	H2 年 9 月 9 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 花子	2	3	
	⑦ 受診者の生年月日	H3 年 2 月 2 日	年 月 日	年 月 日	
	⑧ 被保険者との続柄	妻			
	⑨ 傷病名	急性虫垂炎			
	⑩ 療養を受けた医療機関の名称及び所在地	名称	西部第一外科		
		所在地	福岡市博多区千代7-8-9		
	⑪ 療養を受けた期間	R1 年 10 月 1 日 ~ 5 日 5 日間	年 月 日 ~ 日 日間	年 月 日 ~ 日 日間	
	⑫ 自己負担額(保険診療分)(食事代・室料等は除く)	200,000 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)	受けている(制度名) (費用徴収の有・無)	受けている(制度名) (費用徴収の有・無)		
	受けていない	受けていない	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 年 月 診療分	2 年 月 診療分	3 年 月 診療分	
	社会保険事務所名(健康保険組合支部名)				
受取金融機関	(預金種目)				
	銀行・農協 信金・信組	1. 普通 口座番号 2. 当座 (刀ガナ) 口座名義		事業主 記入欄	
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】 R1 年 12 月 1 日 「住所は被保険者記入欄の住所と同じ」 氏名 西部 太郎 	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