

支払年月日	年月日	資格	取得年月日	常務理事	事務長	会計	担当者
総医療費			喪失年月日				
A 総自己負担額			A内訳				
B 自己負担限度額			B内訳				
A-B 支給決定額			所得等の種類 ( / ) <input type="checkbox"/> 83万以上 <input type="checkbox"/> 53~79万 <input type="checkbox"/> 28~50万 <input type="checkbox"/> 26万以下 <input type="checkbox"/> 非課税 処理区分 <input type="checkbox"/> 多数 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 調剤合算 <input type="checkbox"/> 世帯合算				

令和 年 月診療分 健康保険 高額療養費支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者等 記号・番号	.		② 事業所の名称	
	③ 被保険者(申請者)氏名	(フリガナ)		④ 被保険者の生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
	⑤ 被保険者(申請者)住所	〒 -		都道府県	
	電話番号	( ) -			
	⑥ 療養を受けた者の氏名	1	2	3	
	⑦ 療養を受けた者の生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	
	⑧ 被保険者との続柄				
	⑨ 傷病名				
	⑩ 療養の内容	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> 訪看		<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> 訪看	
	⑪ 療養を受けた病院・診療所等の名称及び所在地	名称			
		所在地			
	⑫ ⑪の病院等で療養を受けた期間	年 月 日 ~ 日 日間 同月 日	年 月 日 ~ 日 日間 同月 日	年 月 日 ~ 日 日間 同月 日	
	⑬ ⑫の期間に受けた療養に対し病院等で支払った額	円	円	円	
	⑭ 他の制度により自己負担額相当額またはその一部の支給を受けられるかどうか	<input type="checkbox"/> 受けられる <input type="checkbox"/> 受けられない (制度名 ) (費用徴収の有・無 )	<input type="checkbox"/> 受けられる <input type="checkbox"/> 受けられない (制度名 ) (費用徴収の有・無 )	<input type="checkbox"/> 受けられる <input type="checkbox"/> 受けられない (制度名 ) (費用徴収の有・無 )	
	今回申請の診療月以前1年間に高額療養費の支給を3ヵ月以上受けた場合、その直近の診療月被保険者等 記号・番号				
⑮	診療月	1 令和 年 月診療分	2 令和 年 月診療分	3 令和 年 月診療分	
	記号・番号	.	.	.	

委 任 状	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します			令和 年 月 日	
	被保険者住所 (申請者)氏名 _____			受付印	
	代理人 事業所名 氏名 _____				
⑯ 市区町村長が証明する欄	上記申請の被保険者には 年度の市(区)町村民税が課せられないことを証明する。 市区町村長名 ㊞				

【添付書類】領収証の写