

健康保険 高額療養費支給申請書 (第 回日) (入院・通院)

【支給決定まで、診療月後3カ月以上かかります。】

被保険者情報	被保険者証の記号・番号		生 年 月 日		常務理事	事務長	担当者	(年 月診療分)
	〇 〇		〇 〇 〇 〇		H〇〇年 〇月 〇〇日		同年月日	
	被保険者の氏名と印		(フリガナ) ケンボ タロウ		事業所の名称	株式会社〇〇〇〇〇〇		
	被保険者の住所・電話		〒 〇〇〇-〇〇〇〇		事業所の所在地	大阪市北区中之島〇-〇-〇		
		健保 太郎				(TEL: 090-1234-5678)		

「※」印欄は記入しないでください。

申請内容	診療月	年	月	左記の診療月について、ご記入下さい。(月ごとに申請)				
	療養を受けた方	氏名	健保 太郎		氏名	健保 花子	氏名	
	生年月日 (続柄)	年	月	日 (続柄 本人)	〇〇年 〇月 〇〇日 (続柄 妻)	年	月	日 (続柄)
	傷 病 名	〇〇〇病		〇〇〇〇病				
	療養を受けた病院等の名称	〇〇〇〇〇病院		△△△△△病院				
	療養を受けた期間	R2年 10月 5日から R2年 10月 25日まで (3 日間)		R2年 10月 9日から R2年 10月 11日まで (3 日間)		年 月 日から 年 月 日まで (日間)		
	上記の期間に受けた療養に対し病院等で支払った額 (※自己負担額)	40,540 円 (※)		108,000 円 (※)		円 (※)		
	入院・通院の別	入院 ・ <u>その他</u>		<u>入院</u> ・ その他		入院 ・ その他		
他の公的制度から、医療費の助成を受けていますか	<u>はい</u> (制度名: <u>いいえ</u>)		<u>はい</u> (制度名: <u>いいえ</u>)		はい (制度名: <u>いいえ</u>)			

受取代理人の欄	本申請に基づく給付金に関する受領を事業所代理人に委任します。		年 月 日
	被保険者氏名 健保 太郎		在職者の方はこちらに記入 ※在職中の方は、事業所への委任払いになります。
	事業所代理人の氏名		

金融機関	金融機関名称	銀行 ・ 金庫	本店	預金種別	普通 ・ 当座
	口座番号	任意継続及び喪失者の方はこちらに記入			

※健保記入	診療合計点数	点										点										点									
	単独・合算の別	単独合算	多数該当の有無		無有	所得等の種類		ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ																							
	算定基礎	診療点数×10円 (A)		自己負担額①		限度額②																									
	(円) × 0.3 = (円)	252,600円		167,400円		(A) の金額 842,000円																									
	(円) × 0.3 = (円)	80100円		57,600円		- 558,000円 × 1%		267,000円																							
(円) × 0.3 = (円)		44,400円		支給額		円 (①-②-③)																									