

日付印  
裁決

支給決定額									発議			
法定									標準報酬月額	高額医療費貸付金	常務理事	
付加											係	
支給決議書	算出内訳(法定)								千円	円		
	(決定点数×10 円) × (患者負担割合) = (患者負担額)											
	①	×		=				円				
	②	×		=				円				
	③	×		=				円				
④	×		=				円					
							合計					
	(決定点数×10 円) (支給額)								資格取得		資格喪失	
	④ー 円+( 円ー 円)×1%= 円											

健康保険高額療養費支給申請書

(本人・家族・合算)  
(一般、多数該当) (令和 〇 年 〇 月診療分)  
(入院、外来)

金融機関名	〇〇〇〇 <del>銀行</del> 信用金庫	本店 〇〇〇 <del>支店</del>	給与振込口座番号	普通 〇〇〇〇〇〇	フリガナ	ミツバ ケンタ
① 被保険者証の記号・番号		〇〇 - 〇〇〇〇		② 事業所名	株 〇〇〇〇〇〇	
③ 被保険者の氏名		三葉 健太			④ 生年月日	昭平 〇〇 年 〇〇 月 〇 日
⑤ 被保険者の住所 TEL		□□□-□□□□ 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇			TEL XXXX(XXX)XXXX	
療養を受けた人	⑥ 氏名	(1) 三葉 花子	(2)	(3)		
	⑦ 続柄・生年月日	(続柄 長女 ) 昭平 〇 年 〇〇 月 〇〇 日	(続柄 ) 昭平・令 年 月 日	(続柄 ) 昭平・令 年 月 日		
	⑧ 傷病名	〇〇〇〇				
⑨ 療養を受けた医療機関	名称	〇〇〇〇 病院				
	所在地	〇〇市〇〇〇町 1-1				
⑩ 療養を受けた期間		令和 〇 年 〇 月 〇 日から 同月 〇〇 日まで		令和 〇 年 〇 月 〇 日から 令和 〇 年 〇 月 〇 日まで		
⑪ 医療機関等に支払った額 (保険診療分の自己負担額)		〇〇〇〇〇〇 円				
⑫ 他の公的制度から医療費の助成を受けていますか (受けているときは、制度名を記入、内容に☑ください)		<input checked="" type="checkbox"/> 受けている 制度名: 〇〇〇〇 内容: <input type="checkbox"/> 全額助成 <input checked="" type="checkbox"/> 一部自己負担あり <input type="checkbox"/> 受けていない		※⑫他の公的制度とは 医療費助成制度と言い、乳幼児、子ども、特定疾患・指定難病、身体障害者、妊産婦、不妊治療、他福祉医療費などのこと (後日申請等により制度適用を受ける場合も含む)		
◎被保険者が市区町村民税非課税の場合 右記に市区町村長より証明を受けるか[非課税証明](原本)を添付		上記③の者には、 年度の市町村民税が課税されていないことを証明する。 令和 年 月 日 市区町村長名				
被保険者等の記号・番号は[資格確認書]またはマイナポータルの[健康保険証情報]をご確認ください。						
備考						

支払印

受付印