

裁 決 日 付 印	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	係	
	付 加											
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	円			
②	×	=						円	円			
③	×	=						円	円			
④	×	=						円	円			
		合計						円	円			
	算出内訳(付加)						(支給額)					
	(決定点数×10 円)						(支給額)					
	④-	円+(円- 円)×1% = 円						資格取得	資格喪失			

健康保險高額療養費支給申請書 (本人・家族・合算)
(一般・多數該當) (令和〇年〇月診療分)
(入院・外來)

金融機関名	○○○○○ 銀行 ○○○○○ 信用金庫	本店 ○○○支店	給与振込 口座番号	普通 ○○○○○○○	フリガナ 預金の 名義人	ミヅバ ケンタ 三葉 健太
①被保険者証の記号・番号	○○ - ○○○○○			②事業所名	株○○○○○○○	
③被保険者の氏名	三葉 健太			④生年月日	昭平 XX年XX月X日	
⑤被保険者の 住所 TEL	□□□-□□□□ ○○○○○○○○○○○○○○○			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) 昭平令X年XX月XX日	(続柄) 昭平令 年 月 日	(続柄) 昭平令 年 月 日		
	⑧ 傷病名	○○○○				
⑨ 療養を受けた 医療機関	名 称	○○○○ 病院				
	所 在 地	○○市○○○町 1-1				
⑩ 療養を受けた期間	令和X年X月X日から 同月XX日まで			令和X年X月X日から 同月XX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)	○○○○○○○ 円			※⑫他の公的制度とは 医療費助成制度と言い、乳幼児、こども、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)		
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: ○○○○○ 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					
⑬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 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						

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

受付印