

◎記入するときは裏面の注意事項をよく読んで誤りのないようにして下さい。

この欄は記入しないで下さい。

支給決定額	円	支給対象月		等級	多数該当
		平・令 年 月 診療分		千円	有・無
資格取得	昭・平・令 年 月 日	資格喪失	昭・平・令 年 月 日		
所得等の種類	ア イ ウ エ オ	現役並み	一般	低所得者Ⅰ	低所得者Ⅱ
診療点数×10円		自己負担額			
( )	円 × $\frac{123}{10} = ( )$ 円	252,600円 + ( )		円 - 842,000円 × 1% =	円
( )	円 × $\frac{123}{10} = ( )$ 円	167,400円 + ( )		円 - 558,000円 × 1% =	円
( )	円 × $\frac{123}{10} = ( )$ 円	80,100円 + ( )		円 - 267,000円 × 1% =	円
		57,600円		35,400円	
		140,100円		44,400円	
		93,000円		8,000円	
		18,000円		24,600円	15,000円

## 健康保険高額療養費支給申請書

大阪機械工具商健康保険組合理事長 殿

下記のとおり申請します。

(平・令 年 月 診療分)

①被保険者証の記号・番号	—		②被保険者の生年月日	昭・平・令 年 月 日	③事業所の名称	
④被保険者(申請者)の氏名	(相続人からの申請の場合は被保険者氏名: )					
⑤被保険者(申請者)の住所・電話番号	〒 — 電話( ) —					
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	昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日			
⑧被保険者との続柄						
⑨傷病名						
⑩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					
⑪⑩の病院等で療養を受けた期間	平・令 年 月 日から 同 月 日まで 日間	平・令 年 月 日から 同 月 日まで 日間	平・令 年 月 日から 同 月 日まで 日間			
⑫⑪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)	( ) 円	( ) 円	( ) 円			
⑬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	受けられる(制度名) (費用徴収の有・無) 受けられない	受けられる(制度名) (費用徴収の有・無) 受けられない	受けられる(制度名) (費用徴収の有・無) 受けられない			
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、その直近の診療月、被保険者証の記号番号、健康保険組合名	診療月	平・令 年 月	平・令 年 月	平・令 年 月		
	被保険者証の記号番号	—		—		
	健康保険組合名	健康保険組合	健康保険組合	健康保険組合		
⑮振込先金融機関	銀行 金庫 組合 農協	店 支店 出張所	口座預金種別	預金口座名義人の氏名		
			普通貯蓄当座別段	フリガナ		
			口座番号			
⑯委任状	本請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。 令和 年 月 日 被保険者 住所 氏名 代理人 住所 氏名					
⑰市区町村長が証明する欄	上記の④の者には 平・令 年度の市(区)町村民税が課されていないことを証明する。 令和 年 月 日 市区町村長名					

## 記入するときの注意事項（添付書類を含む）

- 申請書は、下記及び裏面の支給要件に基づき、**暦月ごと**に作成してください。  
療養費払に係る高額療養費の支給申請書は、その療養費の支給申請書と併せて提出して下さい。

### 《被保険者(申請者)が記入するところ》

- ①欄 あなたの健康保険被保険者証に記載されている記号番号を記入して下さい。  
  
〔 被保険者が死亡した場合は、相続人から申請することができます。この場合、④欄には申請者の氏名を記入し、( )内に被保険者であった者の氏名を記入して下さい。  
また、相続人であることが確認できる「戸籍謄本」等を添付して下さい。 〕
- ⑤欄 郵便物が確実に届くよう、「□□方」「△△アパート」等まで記入して下さい。  
〔相続人から申請する場合は、申請者の住所を記入して下さい。〕
- ⑨欄 傷病名は、わかる範囲で記入して下さい。
- ⑪欄 療養を受けた期間は、同一月内の期間を記入して下さい。
- ⑫欄 保険診療分として支払った金額を記入して下さい。入院時の食事代、室料の差額、歯科の材料差額等保険診療とならないものは除きます。  
保険診療分として支払った金額が明確でないときは、病院等で支払った金額を( )内に記入して下さい。  
⑬欄で費用徴収「有」の場合は、実際に徴収された費用の額を記入して下さい。この場合、徴収された費用の額を証する領収書の写を添付して下さい。
- ⑬欄 自己負担すべき額の全部又は一部について、他の制度から給付を受けられるか否か、いずれか該当する方を○で囲んで下さい。  
「受けられる」を○で囲んだときは、その制度名を記入し、費用徴収されたか否かいずれか該当する方を○で囲んで下さい。
- ⑭欄 今回申請の対象となった診療月以前1年間に健康保険組合から3か月以上高額療養費の支給を受けている場合(裏面支給要件4「多数該当」に該当する場合は、その直近3か月分の診療月、被保険者証の記号番号、健康保険組合名を記入して下さい。

### 《申請者又は受取代理人が記入するところ》

- ⑮欄 銀行等の預金口座については、希望の銀行等の名称、店名、預金口座番号、口座名義人の氏名を記入して下さい。ただし、被保険者名義のものに限ります。  
(相続人からの申請のときは、相続人名義の口座を記入して下さい。受領委任をするときは受取代理人名義のものを記入して下さい。)
- ⑯欄 この給付金の受取りを代理人に委任する場合は「受取代理人の欄」に被保険者(申請者)及び受取代理人それぞれが氏名、住所等を記入して下さい。