

◎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 元年 5月診療分)

①被保険者証の記号・番号	123 - 45	②被保険者の生年月日	昭平令 54年 1月 23日	③事業所の名称	〇〇〇株式会社
④被保険者(申請者)の氏名	健保太郎 (相続人からの申請の場合は被保険者氏名:)			〇〇〇株式会社	
⑤被保険者(申請者)の住所・電話番号	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 大阪市西区〇〇町1-3-5 電話(06) 〇〇〇〇 - 0215				
⑥療養を受けた者の氏名	1 健保太郎	2	3		
⑦療養を受けた者の生年月日	昭平令 54年 1月 23日	昭平令 年 月 日	昭平令 年 月 日		
⑧被保険者との続柄	本人				
⑨傷病名	胃潰瘍				
⑩療養を受けた病院・診療所等の名称及び所在地	名称	〇〇病院			
	所在地	〇〇市〇〇町〇-〇-〇			
⑪⑩の病院等で療養を受けた期間	平・令 元年 5月 2日から 同 5月 12日まで 11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)	216,500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	健康保険組合
⑮振込先金融機関	〇〇 銀行 金庫 組合 農協	〇〇 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	フリカナ ケンボ タロウ	
			口座番号	〇〇〇〇〇〇	
委任状	⑯ 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				