

健康保険高額療養費支給申請書(第 回)

記入例

◎記入方法・添付書類については裏面をご覧ください。
◎請求月ごとに一枚作成してください。
◎領収証のコピーを添付してください。

被保険者等記号・番号		③ 生 年 月 日	
① 被保険者資格等をご確認のうえ正しくご記入ください			
④ 被 保 険 者 (申 請 者) 氏 名 (フリガナ) オオサカ タロウ		⑤ 名 称 〇〇電気工事株式会社	
大阪 太郎		⑥ 所 在 地 大阪府〇〇市〇〇町1-1-1	
相続人からの申請の場合は被保険者氏名()			
⑦ 郵 便 番 号 ***-****		⑧ 被 保 険 者 (申 請 者) の 住 所 ・ 電 話 大阪府〇〇市△△区〇〇町	
⑨ 診 療 月	年	月	日
0	3	0	7
●70歳以上の方で過去1年間のうちに次に掲げる事項 1. 「健康保険限度額適用・標準負担減額認定証」を所 2. 一部負担金の割合について、「健康保険高齢受給者			
単独・合算の別	単独・合算	多数該当の別	無・有
			所得等の種類
⑩ 療養を受けた者の氏名 大阪 太郎		⑪ 傷 病 名 脳腫瘍	
生 年 月 日 (続 柄) 昭平・令40年 3月16日(本人)		⑫ 療養を受けた 名 称 〇△病院	
⑬ 療養を受けた 医 療 機 関 等 所 在 地 〇△市〇〇町1-1		⑭ 上記で受けた療養に対して 医 療 機 関 等 で 支 払 っ た 額 150,480 円	
⑮ 上記の医療機関等で 療養を受けた期間・実日数 3年 7月 1日から 29 日間 3年 7月31日まで		⑯ 上記で受けた療養に対して 医 療 機 関 等 で 支 払 っ た 額 60,189 円	
⑰ 療養を受けた 名 称 〇△市△△町2-1		⑱ 上記で受けた療養に対して 医 療 機 関 等 で 支 払 っ た 額 150,480 円	
⑲ 上記の医療機関等で 療養を受けた期間・実日数 3年 7月 1日から 1 日間 3年 7月 1日まで		⑳ 上記で受けた療養に対して 医 療 機 関 等 で 支 払 っ た 額 60,189 円	
⑳ 上記で受けた療養に対して 医 療 機 関 等 で 支 払 っ た 額 150,480 円		㉑ 上記で受けた療養に対して 医 療 機 関 等 で 支 払 っ た 額 60,189 円	
㉒ 療養を受けた 名 称 〇△市〇〇町1-1		㉓ 上記で受けた療養に対して 医 療 機 関 等 で 支 払 っ た 額 150,480 円	
㉔ 上記の医療機関等で 療養を受けた期間・実日数 3年 7月 1日から 29 日間 3年 7月31日まで		㉕ 上記で受けた療養に対して 医 療 機 関 等 で 支 払 っ た 額 60,189 円	
㉖ 療養を受けた 名 称 〇△市△△町2-1		㉗ 上記で受けた療養に対して 医 療 機 関 等 で 支 払 っ た 額 150,480 円	
㉘ 上記の医療機関等で 療養を受けた期間・実日数 3年 7月 1日から 1 日間 3年 7月 1日まで		㉙ 上記で受けた療養に対して 医 療 機 関 等 で 支 払 っ た 額 60,189 円	
㉚ 療養を受けた 名 称 〇△市〇〇町1-1		㉛ 上記で受けた療養に対して 医 療 機 関 等 で 支 払 っ た 額 150,480 円	
㉜ 上記の医療機関等で 療養を受けた期間・実日数 3年 7月 1日から 29 日間 3年 7月31日まで		㉝ 上記で受けた療養に対して 医 療 機 関 等 で 支 払 っ た 額 60,189 円	
㉞ 療養を受けた 名 称 〇△市△△町2-1		㉟ 上記で受けた療養に対して 医 療 機 関 等 で 支 払 っ た 額 150,480 円	
㊱ 上記の医療機関等で 療養を受けた期間・実日数 3年 7月 1日から 1 日間 3年 7月 1日まで		㊲ 上記で受けた療養に対して 医 療 機 関 等 で 支 払 っ た 額 60,189 円	
㊳ 療養を受けた 名 称 〇△市〇〇町1-1		㊴ 上記で受けた療養に対して 医 療 機 関 等 で 支 払 っ た 額 150,480 円	
㊵ 上記の医療機関等で 療養を受けた期間・実日数 3年 7月 1日から 29 日間 3年 7月31日まで		㊶ 上記で受けた療養に対して 医 療 機 関 等 で 支 払 っ た 額 60,189 円	
㊷ 療養を受けた 名 称 〇△市△△町2-1		㊸ 上記で受けた療養に対して 医 療 機 関 等 で 支 払 っ た 額 150,480 円	
㊹ 上記の医療機関等で 療養を受けた期間・実日数 3年 7月 1日から 1 日間 3年 7月 1日まで		㊺ 上記で受けた療養に対して 医 療 機 関 等 で 支 払 っ た 額 60,189 円	
㊻ 療養を受けた 名 称 〇△市〇〇町1-1		㊼ 上記で受けた療養に対して 医 療 機 関 等 で 支 払 っ た 額 150,480 円	
㊽ 上記の医療機関等で 療養を受けた期間・実日数 3年 7月 1日から 29 日間 3年 7月31日まで		㊾ 上記で受けた療養に対して 医 療 機 関 等 で 支 払 っ た 額 60,189 円	
㊿ 療養を受けた 名 称 〇△市△△町2-1		㊿ 上記で受けた療養に対して 医 療 機 関 等 で 支 払 っ た 額 150,480 円	

70歳未満で、同月内に、同一保険番号を所持している方が
①入院・通院別で
②保険診療窓口負担額が21,000円以上ある場合は1~3の枠に必要事項を記入してください。
70歳以上の方については、負担額に関わらず、同月内に受診した医療機関ごとに記入をしてください。
記入欄が足りない場合は続紙をご用意ください。
その場合、振込口座や受取代理人の欄は1枚目に記載されていれば大丈夫です。

診療点数	自己負担額	診療点数 × 10円
() × 1.2・3 = (円)	(円)	(円)
算定基礎	252,600 円 + (140,100 円)	円 - 842,000) × 1% ㉗ III 円 - 558,000) × 1% ㉘ II 円 - 267,000) × 1% ㉙ I
	57,600 円(㉚) 44,400 円 35,400 円(㉛) 24,600 円	
	15,000 円 12,000 円 8,000 円	
	20,000 円 10,000 円	
支給算出額		円

健保使用欄なので記入しないでください

銀行等口座	口座	預金種別	預金口座	名義人氏名
勤務先に依頼して、予め健保組合に届出済みの「委任口座」を記入してください。				

※在職中の方へ (1 事業所への受領委任をお願いしております。被委任者指定口座をご記入ください。)
(2 受取代理人欄にご記入ください。)

⑰ 被保険者の住所氏名を記載してください	⑱ 代理人氏名・印	被保険者(申請者)との関係
被保険者(申請者)住所 氏名	勤務先に依頼して、予め健保組合に届出済みの「委任者」をご記入ください。	

上記委任欄は現在お勤め中的の方のみご記入ください。
退職者、及び任意継続被保険者の方は必要ありません。

上記④の被保険者には、	市区町村長名	年 月 日	務士氏名
-------------	--------	-------	------

↑市区町村民税が非課税の場合に、市区町村長の証明を受けてください。