受付印

給付決定月：　　年　　月　／　SEQ：

支給決定	自己負担額　　自己負担限度額	常務理事	事務長	係	係
	円　－　　円				
	円				

本人
家族
合算　高額療養費支給申請書

（　　年　　月診療分）

被保険者情報	① 被保険者証の記号－番号	－	② 氏　名	
	③ 事業所の名称		③ 生年月日　　年　　月　　日	
	⑤ 住所・電話番号		TEL　　（　　）	
申請内容	⑥ 受診者氏名	1	2	3
	⑦ 受診者の生年月日	年　月　日	年　月　日	年　月　日
	⑧ 被保険者との続柄			
	⑨ 傷病名			
	⑩ 療養を受けた医療機関・薬局の名称			
	⑪ 入院・通院区分	入院　・　通院	入院　・　通院	入院　・　通院
	⑫ 療養を受けた期間	月　日～　日	月　日～　日	月　日～　日
	⑬ 自己負担額(保険診療分)(食事代・室料等は除く)	円	円	円
	⑭ 他の公的制度から医療費の助成を受けているかどうか	受けている （制度名　　） （費用徴収の　有　・　無　） 受けていない	受けている （制度名　　） （費用徴収の　有　・　無　） 受けていない	受けている （制度名　　） （費用徴収の　有　・　無　） 受けていない
	⑮ 今回申請診療月以前１年間に当健康保険組合より高額療養費の支給を３回以上受けた場合、直近３か月分の診療月	1　年　月分	2　年　月分	3　年　月分
受取金融機関	銀行 ・ 農協 信金 ・ 信組	支店	（預金種目） 1.普通 2.当座	口座番号 （ﾌﾘｶﾞﾅ） 口座名義
委任状	本申請に基づく給付金に関する受領を右記代理人に委任します。 【本人】　　年　　月　　日 「住所は被保険者記入欄の住所と同じ」 氏名		【代理人】（口座名義人） 住所 氏名	

自己負担限度額

ア 270,300円 ＋（　　円 － 901,000円）×1% ＝ ［140,100円］
イ 179,100円 ＋（　　円 － 597,000円）×1% ＝ ［ 93,000円］
ウ 85,800円 ＋（　　円 － 286,000円）×1% ＝ ［ 44,400円］
エ 61,500円 ［ 44,400円］
オ 36,900円 ［ 24,600円］

自己負担額には薬剤一部負担（外来分）を含む

【添付書類】
- 「領収書」のコピー
- 被保険者本人が非課税世帯の場合は、最新の非課税証明書