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 高額療養費支給申請書

合算　（ R8 年 4 月診療分 ）

被保険者情報	① 被保険者証の記号－番号	10 － 345678	② 氏　名	西部　太郎
	③ 事業所の名称	西部ガス㈱	③ 生年月日	H 7 年 7 月 7 日
	⑤ 住所・電話番号	福岡市中央区天神７－７－７	TEL	092（633）1111

申請内容		1	2	3
	⑥ 受診者氏名	西部　太郎	〃	西部　花子
	⑦ 受診者の生年月日	H 7 年 7 月 7 日	H 7 年 7 月 7 日	H 2 年 2 月 2 日
	⑧ 被保険者との続柄	本人	〃	妻
	⑨ 傷病名	急性虫垂炎	外耳炎	白内障
	⑩ 療養を受けた医療機関・薬局の名称	西部第一外科	西部耳鼻科	西部薬局
	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	4 月 3 日～ 9 日	4 月 1 日～ 15 日	4 月 25 日～　日
	⑬ 自己負担額(保険診療分)(食事代・室料等は除く)	57,600 円	33,000 円	26,770 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	事業主　記入欄	（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】　R8 年 5 月 1 日 「住所は被保険者記入欄の住所と同じ」 氏名　西部　太郎	【代理人】（口座名義人） 住所　事業主　記入欄 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