

* 支 給 支 払 決 議 書										被扶養者 台帳照合印	
受付年月日	年	月	日								
伺年月日	年	月	日								
決裁年月日	年	月	日								
支払年月日	年	月	日								
支払額	円										
支払内訳	本人高額療養費	円	一部負担還元金	円							
	合算高額療養費	円	合算高額療養附加金	円							
	家族高額療養費	円	家族療養附加金	円							
				資格取得年月日	年		月	日			
				資格喪失年月日	年		月	日			

本人 一部負担還元金
 家族 高額療養費・合算高額療養附加金 支給申請書(第 回目)(入院・通院),
 合算 家族療養附加金 (年 月診療分)

① 被保険者証の記号・番号			② 事業所の名称			
③ 被保険者の氏名			④ 被保険者の日	明・大・昭・平	年 月 日	
⑤ 療養を受けた者の氏名	1.		2.		3.	
⑥ 療養を受けた者の生年月日	年 月 日		年 月 日		年 月 日	
⑦ 被保険者との続柄						
⑧ 傷病名						
⑨ 療養を受けた病院 診療所等の名称及び 所在地	名称	電話 ()	電話 ()	電話 ()		
	所在地	〒	〒	〒		
⑩ ⑨の病院等で療養を受けた 期間	年 月 日から	日間	年 月 日から	日間	年 月 日から	日間
⑪ ⑩の期間に受けた療養に対 し病院等で支払った額	() 円		() 円		() 円	
⑫ 他の制度により自己負担相 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	
診療合計点数	⑬	点	⑭	点	⑮	点
薬剤一部負担額	⑯	円	⑰	円	⑱	円
入院・通院の別	⑲	1:入院 2:その他	⑲	1:入院 2:その他	⑲	1:入院 2:その他
⑳ 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・番号及び支給を受けた 健康保険組合名	診療月	1 年 月診療分	2 年 月診療分	3 年 月診療分		
	被保険者証 の記号番号					
	健康保険組合 支 部 名					
㉑ 振込希望の銀行又は郵便局名	銀行		支店(普通第 号)	口座名義		郵便局

上記のとおり申請します。

年 月 日

被保険者の住所〒
氏名

健康保険組合理事長 殿

㉒ 委任状	私は	年 月 日	を代理人と定め、次の権限を委任する。 日請求した高額療養費、一部負担還元金、合算高額療養附加金、家族療養附加金のうち 円也の受領に関する事。		
	金	年 月 日			
		住所〒 被保険者の氏名	㉓		
		住所〒 代理人の氏名	㉔		
㉕ 振込希望の銀行又は郵便局名	銀行		支店(普通第 号)	口座名義	郵便局

㉖ 領収書	金	円也但し	うえの金額を領収いたしました。
		年 月 日	健康保険組合理事長 殿
		住所〒 受領者の氏名	㉗

㉗ 市区町村長が証明する欄	上記③の者には	年度の市(区)町村民税が課されないことを証明する。
		年 月 日 市区町村長名

(注) 記入に際しては裏面の「記入上の注意」をお読み下さい。