|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 日  裁　 　付  決　　　　　印 |  | 支給決定額 |  |  |  |  |  |  |  | 発　　議 | | ・　　　・ | | |
|  |  | 法　　　定 |  |  |  |  |  |  |  | 標準報酬  月　　額 | 高額医療費  貸　付　金 | | 常務理事 | 係 |
|  |  |
|  |  | 付　　　加 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 支 給 決 議 書 | 算出内訳（法定）  　（決定点数×10円） ×（患者負担割合） ＝（患者負担額）  ① × ＝ 円  ② × ＝ 円  ③ × ＝ 円  ④ × ＝ 円  合計 円 | | | | | | | | 千円 | 円 | |
|  | 算出内訳（付加）  （支給額）  円 | | | | |
|  |
|  | （決定点数×10円）　　　　　　　（支給額）  ④－　　　　円＋（　　　　円－　　　　円）×１％＝　　　 円 | | | | | | | | 資格取得  ・　　・ | | | 資格喪失  ・　　・ | |
|  |  | （本人 ・家族 ・合算）  **健康保険高額療養費支給申請書** （一　般 ・ 多数該当）　 （令和　　 年　　 月診療分）  （入　院 ・ 外　来） | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 金　融  機関名 | 銀行　　　　　　本店  　　信用金庫　　　　支店 | | | | 給与振込  口座番号 | 普通 | | | | フリガナ | |  | | |
| 預金の  名義人 | |  | | |
|
| ① 被保険者等の記号・番号 | | | | － | | | | ②  事業所名 | |  | | | | |
| ③  被 保 険 者 の 氏 名 | | | |  | | | | | ④ 生年月日 | | | | 昭  平  令  令 | 年　　月 　　日 |
| ⑤  被　保　険　者　の | | | 住　所  ＴＥＬ | □□□-□□□□ | | | | | | | | | ＴＥＬ  （　　） | |
| 療養を受けた人 | | ⑥  氏　　　　名 | | (1) | | | (2) | | | | (3) | | | |
| ⑦  続柄・生年月日 | | （続柄　　　）  昭・平・令 年 月 日 | | | （続柄　　　　　）  昭・平・令　　 年　 月　 日 | | | | （続柄　　　　　）  昭・平・令　 　年　 月　 日 | | | |
| ⑧  傷　病　名 | |  | | |  | | | |  | | | |
|  | ⑨  療養を受けた  医療機関 | | 名　　　　称 | |  | | |  | | | |  | | | |
|  | 所　在　地 | |  | | |  | | | |  | | | |
|  | ⑩  療養を受けた期間 | | | | 令和 年 月 日から  同月 日まで | | | 令和　 年　 月　 日から  同月 　 日まで | | | | 令和　 年　 月　 日から  同月 　 日まで | | | |
|  | ⑪医療機関等に支払った額  　 (保険診療分の自己負担額) | | | | 円 | | | 円 | | | | 円 | | | |
|  | ⑫  他の公的制度から医療費の助成を受けていますか  (受けているときは､制度名を記入、内容に☑ください) | | | | □受けている  　制度名:  　内容: □全額助成  □一部自己負担あり  □受けていない | | | □受けている  　制度名:  　内容: □全額助成  □一部自己負担あり  □受けていない | | | | □受けている  　制度名:  　内容: □全額助成  □一部自己負担あり  □受けていない | | | |
|  | ◎被保険者が市区町村民税非課税の場合  右記に市区町村長より証明を受けるか[非課税証明](原本)を添付 | | | | (所在地および名称は手書き不可です｡必ずｺﾞﾑ印等を押印ください｡)  上記③の者には、　　　　　年度の市区町村税が課されないことを証明する。  令和　　　年　　　月　　　日　　市区町村長名 | | | | | | | | | | |
| 被保険者等の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は､備考欄へ記載してください.  (マイナンバーを記載した場合は､個人番号確認、本人確認するための添付資料が必要です。) | | | | | | | | | | | | | | |
| 備　　　　　考 | | | |  | | | | | | | | | | |

支払印 受付印