|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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