日付 裁決印									発　議	・　・		
支給決定額									標準報酬月額	高額医療費貸付金	常務理事	係
法　定												
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
(決定点数×10 円)　(支給額) ④−　円+(　円−　円)×1%=　円			資格取得 ・　・	資格喪失 ・　・

算出内訳(付加)

(支給額)
円

健康保険高額療養費支給申請書

(本人 ・家族 ・合算)
(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 ・　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