

支給決議書	算出内訳(法定)						発議			
	(決定点数×10円) × (患者負担割合) = (患者負担額)						標準報酬月額	高額医療費貸付金	常務理事	係
	① × = 円									
	② × = 円						算出内訳(付加)			
	③ × = 円									
	④ × = 円									
	合計 円						(支給額) 円			
	(決定点数×10円) (支給額)						資格取得	資格喪失		
	④- 円+(円- 円)×1%= 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 信用金庫	本店 支店	給与振込 口座番号	普通	フリガナ 預金の 名義人	
① 被保険者証の記号・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)		<input type="checkbox"/> 受けている 制度名: _____ 内容: <input type="checkbox"/> 全額助成 <input type="checkbox"/> 一部自己負担あり <input type="checkbox"/> 受けていない	<input type="checkbox"/> 受けている 制度名: _____ 内容: <input type="checkbox"/> 全額助成 <input type="checkbox"/> 一部自己負担あり <input type="checkbox"/> 受けていない	<input type="checkbox"/> 受けている 制度名: _____ 内容: <input type="checkbox"/> 全額助成 <input type="checkbox"/> 一部自己負担あり <input type="checkbox"/> 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。必ずゴム印を押印ください。) 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				
被保険者証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