

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						千円	円		
	② × = 円									
③ × = 円										
④ × = 円										
		合計					算出内訳(付加)			
	(決定点数×10円)	(支給額)					(支給額) 円			
	④- 円+(円- 円)×1%= 円						資格取得		資格喪失	

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	○○○○ <u>銀行</u> 信用金庫	本店	給与振込口座番号	普通 ○○○○○○	フリガナ	ミヅバ ケンタ
① 被保険者証の記号・番号	○○ - ○○○○	支店	○○○	普通 ○○○○○○	預金の 名義人	三葉 健太
③ 被保険者の氏名	三葉 健太				④ 生年月日	昭平 xx年xx月x日
⑤ 被保険者の住所 TEL	□□□-□□□□ ○○○○○○○○○○○○○○○				TEL	xxxx(xxx)xxxx
療養を受けた人	⑥ 氏名	(1) 三葉 花子	(2)	(3)		
	⑦ 続柄・生年月日	(続柄 <u>長女</u>) 昭平令X年XX月XX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	○○○○ 病院				
	所在地	○○市○○町1-1				
⑩ 療養を受けた期間	令和X年X月X日から 同月XX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					
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 checked="" type="checkbox"/> 受けている 制度名: ○○○○ 内容: <input checked="" 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						

※⑫他の公的制度とは
 医療費助成制度と言い、乳幼児、こども、特定疾患・
 指定難病、身体障害者、妊産婦、不妊治療、他
 福祉医療費などのこと

支払印

受付印