

※		支		給		支		払		決		議		書	
受付年月日		年	月	日											被扶養者 台帳照合印
伺年月日		年	月	日											
決裁年月日		年	月	日											
支払年月日		年	月	日											
支払額		円				円									
支払内訳	本人高額療養費	円		一部負担還元金	円										
	合算高額療養費	円		合算高額療養附加金	円										
	家族高額療養費	円		家族療養附加金	円										
										資格取得年月日		年	月	日	
										資格喪失年月日		年	月	日	

本人 一部負担還元金
 家族高額療養費・合算高額療養附加金 支給申請書(第 回目)(入院・通院)
 合算 家族療養附加金 (年 月診療分)

① 被保険者証の記号・番号		② 事業所の名称	
③ 被保険者の氏名		④ 被保険者の生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
⑤ 療養を受けた者の氏名	1.	2.	3.
⑥ 療養を受けた者の生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
⑦ 被保険者との続柄			
⑧ 傷病名			
⑨ 療養を受けた病院 診療所等の名称及び 所在地	名称	電話 ()	電話 ()
	所在地	〒	〒
⑩ ⑨の病院等で療養を受けた 期間	年 月 日から 日 月 日まで	年 月 日から 日 月 日まで	年 月 日から 日 月 日まで
⑪ ⑩の期間に受けた療養に対 し病院等で支払った額	(円)	(円)	(円)
⑫ 他の制度により自己負担相 当額またはその一部の支給 を受けられるかどうか	受けられる (制度名) (費用徴収の 有・無) 受けられない	受けられる (制度名) (費用徴収の 有・無) 受けられない	受けられる (制度名) (費用徴収の 有・無) 受けられない
診療合計点数	⑬	⑭	⑮
入院・通院の別	⑯ 1:入院 2:その他	⑰ 1:入院 2:その他	⑱ 1:入院 2:その他
⑲ 今回申請の診療月以前1年 間に高額療養費の支給を3 回以上受けた場合、その直 近の診療月被保険者証の記 号・番号及び支給を受けた 健康保険組合名	診療月	1 年 月 診療分	2 年 月 診療分
	被保険者証 の記号番号		
	健康保険組 合名		
⑳ 振込希望の銀行又は郵便局名	銀行	支店(普通第 当座 号)	口座名義 郵便局
上記のとおり申請します。 年 月 日 被保険者の住所 〒 健康保険組合理事長 殿 氏名			

㉑ 委任状	私は	年 月 日	を代理人と定め、次の権限を委任する。 日請求した高額療養費、一部負担還元金、合算高額療養附加金、家族療養附加金のうち 円也の受領に関する事。
	金	年 月 日	住所 〒 被保険者の氏名 住所 〒 代理人の氏名
㉒ 振込希望の銀行又は郵便局名	銀行	支店(普通第 当座 号)	口座名義 郵便局

㉓ 領収書	金	円也但し うえの金額を領収いたしました。 年 月 日 健康保険組合理事長 殿 受領者の住所 〒 氏名
-------	---	---

㉔ 市区町村長が証明する欄	上記③の者には 年度の市(区)町村民税が課されないことを証明する。 年 月 日 市区町村長名
---------------	--

(注) 記入に際しては裏面の「記入上の注意」をお読み下さい。