

健康 保 用 欄	款項目	回数	支給決定額 ¥	診療月	所得 ア・イ・ウ・エ・オ	平成 年 月 日 伺	平成 年 月 日 取得
	3 1 20					平成 年 月 日 支払	平成 年 月 日 喪失
診療点数		自己負担額		診療点数×10円			
() × 1・2・3 = () 円		252,600円 + () 円 - 842,000円 × 1%		140,100円			
() × 1・2・3 = () 円		167,400円 + () 円 - 558,000円 × 1%		93,000円			
() × 1・2・3 = () 円		80,100円 + () 円 - 267,000円 × 1%		44,400円			
() × 1・2・3 = () 円		57,600円		20,000円		14,000円	
() × 1・2・3 = () 円		35,400円		12,000円			
() × 1・2・3 = () 円		24,600円		10,000円			

健康保険高額療養費支給申請書(第 回)

被 保 者 が 記 入 す る こ ろ	①被保険者証の 記号・番号	(記号) 8	(番号) 321	②被保険者の生年月日 昭和・平成 43 年 2 月 1 日	③事業所名 ××××株式会社
	④被保険者 (相続人) の氏名と印	大田 一郎		⑤被保険者 (相続人) の住所 東京都...	電話 ()
⑥診療月	平成 29 年 2 月	⑦70歳以上の方で過去1年間に次に掲げる事項に該当された方は、番号に○をつけてください。 1 健康保険限度額適用・標準負担額減額認定を受けている方 2 一部負担金の割合について、健康保険高齢受給者基準収入額適用申請により変更となっている方			
⑧療養を受けた方の氏名、 生年月日および 被保険者との続柄	氏名	大田 一郎	氏名	氏名	
⑨傷病名	〇〇〇〇〇				
⑩療養を受けた 医療機関等の 名称・住所	名称	××××××	住所	△△△△△	
⑪上記の医療機関等で、⑥の診療 月に受けた期間、療養実日数	平成 29 年 2 月 1 日から	13日間	平成	平成	日間
⑫上記の期間に受けた療養に 対して医療機関等で支払った額 (自己負担額)	160,760 円				
⑬他の公的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)	受け (制度)	自己負担の有無	受け	自己負担の有無
⑭入院・通院の別	1 : 入院	2 : 通院・その他	0 : 無	1 : 有	0 : 無

記入洩れが多発しております！！
銀行名・支店名・口座番号・預金名義
全て洩れなく記入して下さい。
※被保険者以外の口座をご希望の場合
は、下欄の「受取代理人の欄」にもそれぞれ
記入・捺印が必要です。

* 記号・番号をご記入された方はマイナンバーの記入は不要です。また、マイナンバーで申請希望される方はマイナンバーを必ずご記入ください。

銀行 コード (4ケタ)	1234	銀行 信用金庫 農協	支店 コード (3ケタ)	567	支店	普通・当座 (○をつけてください)
口座 番号	ゆうちょ銀行は8ケタの記入をお願いします			カタカナで記入してください		
	9	8	7	6	5	4
						3
	預金名義 オオタ イチロウ					

※被保険者以外の口座をご希望の場合は『受取代理人の欄』にもそれぞれ記入・捺印が必要です

受取 代理 人の 欄	本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。	平成 年 月 日
	被保険者 住所 氏名	印
	代理人 住所 氏名	印

⑮ 下記は非課税の方のみ市区町村より証明を受けてください。
(但し、先に非課税証明書を当組合に提出いただいている方は証明を受ける必要はありません)
当該被保険者は平成 年度の市区町村民税が課されないことを証明する
平成 年 月 日
市区町村長名 印

受付日付印

※4月から7月診療分については、前年度の課税に関する証明を、8月から翌年3月診療分については、当年度の課税に関する証明を市区町村長から受けてください。