

款項目	¥	支給決定額	診療月	所得	回数	平成 年 月 日 伺	平成 年 月 日 取得
			平成 年 月	上位・一般・非課税		平成 年 月 日 支払	平成 年 月 日 喪失
健保使用欄		診療点数	自己負担額	診療点数×10円			
		( ) × 1.2・3 = ( ) 円		150,000円 + ( ) 円 - 500,000円) × 1%			
		( ) × 1.2・3 = ( ) 円		83,400円			
		( ) × 1.2・3 = ( ) 円		80,100円 + ( ) 円 - 267,000円) × 1%			
		( ) × 1.2・3 = ( ) 円		44,400円		20,000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 と こ ろ	被保険者証の記号・番号	(記号) <b>8</b>	(番号) <b>321</b>	被保険者の生年月日 <b>昭和・平成 43 年 2 月 1 日</b>	事業所名 <b>××××株式会社</b>
	被保険者(申請者)の氏名と印	<b>太田 一郎</b>		被保険者(申請者)の住所 <b>東京都...</b>	電話 ( )
	診療月	平成 <b>26</b> 年 <b>3</b> 月	70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		
	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 <b>太田 一郎</b> <b>昭和・平成 43 年 2 月 1 日 (続柄 本人)</b>	氏名 <b>昭和・平成 年 月 日 (続柄 )</b>	氏名 <b>昭和・平成 年 月 日 (続柄 )</b>	氏名 <b>昭和・平成 年 月 日 (続柄 )</b>
	傷病名	<b>○○○○○</b>			
	療養を受けた医療機関等の名称および所在地	名称 <b>××××××</b>			
		所在地 <b>△△△△△</b>			
	上記の医療機関等で療養を受けた期間、療養費日数	平成 <b>26</b> 年 <b>3</b> 月 <b>1</b> 日から 平成 <b>26</b> 年 <b>3</b> 月 <b>13</b> 日まで <b>13</b> 日間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間
	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	<b>160,760</b> 円			
	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) <b>受けられない</b>	費用徴収の有無 0 : 無 1 : 有	受けられる(制度名) 受けられない	費用徴収の有無 0 : 無 1 : 有
	入院・通院の別	1 : <b>入院</b> 2 : その他		1 : 入院 2 : その他	
	支払希望の銀行	<b>○○○</b> <b>銀行</b> <b>信用金庫</b> <b>農協</b>		店支店コード <b>○○○</b>	<b>普通</b> ・当座 (○をつけてください)
	口座番号	<b>2 4 6 8 1 0 0</b>	預金名義	(フリガナ) <b>オオタ イチロウ</b> <b>太田 一郎</b>	

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			
	代理人	住所	氏名			

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

平成 年 月 日 提出

~~~~~  
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の受けてください