

常務理事	事務長		
------	-----	--	--

健康保険 被保険者 被扶養者 高額療養費支給申請書 世帯合算

※支給決定まで、診療月後3カ月以上かかります。

◎「※」印欄は記入しないでください。

被保険者証の記号・番号				被保険者の生年月日				届書種別	受付年度	通番			グループ																				
1	0	1		-	1	2	3	4	5	6	昭和 平成 令和	5	0	0	3	0	5	0	8	令和	※年				※								
被保険者(申請者)の氏名と印		(フリガナ) ケンボ タロウ						事業所の名称		社会医療法人きつこう会																							
被保険者(申請者)の住所		郵便番号		〒552-0025		(フリガナ)		大阪 都府 港区南市岡1-6-18		所在地		大阪府大阪市港区南市岡1-2-5																					
診療月		平成		1年7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、番号を「○」で囲んでください。																											
		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、健康保険高額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		※ 選択 No 氏名				※ 選択 No 氏名				※ 選択 No 氏名																							
		健保 太郎				健保 花子				健保 花子																							
傷病名		心筋梗塞				鎖骨骨折				鎖骨骨折																							
療養を受けた病院等の名称および所在地		名称 多根総合病院 所在地 大阪府大阪市西区九条南1-12-21				名称 多根総合病院 所在地 大阪府大阪市西区九条南1-12-21				名称 多根総合病院 所在地 大阪府大阪市西区九条南1-12-21																							
療養を受けた病院で受けた期間		1年7月1日から1年7月30日(31日間)				1年5月5日から1年5月6日(2日間)				1年6月5日から1年6月6日(2日間)																							
上記の期間に受けた療養に対して病院等で支払った額(自己負担額)		145,829 円				35,886 円				3,800 円																							
他の公的制度により自己負担当額、またはその一部の支給を受けられるかどうか		※ 受けられない				※ 受けられない				※ 受けられない																							
診療合計点数		※ 1:入院 2:その他				※ 1:入院 2:その他				※ 1:入院 2:その他																							
今回申請の診療月以前1年間に3回以上高額療養費の支給を受けた(請求中を含む)場合、その直近3回分の診療月、協会支部名、被保険者証の記号番号および限度額適用認定証(限度額適用・標準負担額減額認定)使用の有無		診療月		1 平・令 1年4月診療分		2 平・令 1年5月診療分		3 平・令 1年6月診療分		協会支部名		大阪 支部		大阪 支部		大阪 支部		被保険者証の記号・番号		3010203-123		3010203-123		3010203-123		限度額適用認定証(限度額適用・標準負担額減額認定)使用の有無		有 ・ 無		有 ・ 無		有 ・ 無	

請求年月日		7年 月 日		特別支給コード		0: 一般 1: 非課税 2: 生活保護		3: 上位所得者 4: 一定以上所得者		不支給理由		0:なし 1:あり	
支給種別		1: 多数該当(単独) 2: 合算		3: 多数該当(合算) 4: 単独		貸付表示		0:なし 1:あり		貸付金額		円	
※ 算定基礎		(診療点数×10円) × (1/10) × 2 = (円)		自己負担額		150,000 円 + (83,400 円 + 80,100 円 + 44,400 円 + 24,600 円 + 12,000 円 + 8,000 円)		500,000 円 × 1%		267,000 円 × 1%		35,400 円 + 45,000 円 + 20,000 円 + 10,000 円	
支給決定額		円		支払方法		2:個人支払 3:その他							

市区町村長が証明する欄	当該被保険者は 年度の市区町村民税が課されないことを証明する。
	市区町村長名 (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受けてください。

振込希望口座	1 金融機関												
	金融機関コード			× × × ×				銀行 金庫 信組		× × ×		店・本店 支店・出張所	
	※			信連・信漁連 農協・漁協							本所・支所 本店・支店		
	預金種別	①:普通 2:当座		口座番号	1	2	3	4	5	6	7	口座名義	(フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎

給付金に関する受領を代理人に委任する(申請者名義以外の口座に振込を希望される)場合に記入してください。

受取代理人の欄	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日										
	被保険者 住 所 (申請書) 氏 名										
	印										
	代理人の氏名と印	(フリガナ)							委任者と代理人との関係		印
代理人の住所	(〒 - )							電話		( )	

**負傷原因記入欄** 初回申請時のみ記入してください。

負傷の原因について記入してください。(該当する□にチェック(☑)してください。)												
被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	[負傷日時・場所]						[受診した医療機関]					
	1. だれがいつケガ(負傷)をしましたか。 氏名 健保 花子 平成・令和 1年 7月 5日 (日 曜日) <input type="checkbox"/> 午前・ <input checked="" type="checkbox"/> 午後 8 時 30 分頃						7. 診療を受けた医療機関名とその機関等 医療機関名 多根総合病院 平・令 1年 7月 ~ 平・令 1年 7月 ( <input checked="" type="checkbox"/> 治癒・ <input type="checkbox"/> 治癒中)					
	2. ケガ(負傷)をした日は次のうちの日でしたか。 <input type="checkbox"/> 出勤日・ <input checked="" type="checkbox"/> 休日(定休日・休暇含む) <input type="checkbox"/> その他( )						8. 負傷したときの状況(原因)を具体的に記入してください。 買い物に出かけ、駅からデパートへ向かう途中で転倒し、左肩を強打した。					
	3. ケガ(負傷)をした時は次のうちの日でしたか。 <input type="checkbox"/> 勤務時間中・ <input type="checkbox"/> 通勤途中( <input type="checkbox"/> 出勤・ <input type="checkbox"/> 退勤) <input type="checkbox"/> 出張中・ <input checked="" type="checkbox"/> 私用・ <input type="checkbox"/> その他( )						9. 被保険者が代表取締役等役員の場合 労災保険に特別加入していますか。 <input type="checkbox"/> 加入有 <input type="checkbox"/> 加入無					
	4. ケガ(負傷)をした場所はどこでしたか <input type="checkbox"/> 会社内・ <input checked="" type="checkbox"/> 道路上・ <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他( )											
	5. ケガをした原因で次にあてはまる場合がありますか。 <input type="checkbox"/> 交通事故・ <input type="checkbox"/> 暴力(ケンカ) <input type="checkbox"/> スポーツ中 ( <input type="checkbox"/> 職場の行事・ <input type="checkbox"/> 職場の行事以外 ) <input type="checkbox"/> 動物による負傷 (飼主 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無) <input checked="" type="checkbox"/> あてはまらない											
6. 「上記5」にあてはまる原因がある場合、あなたは被害者ですか、加害者ですか。 相手 <input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> あなたは被害者 <input type="checkbox"/> あなたは加害者 <input type="checkbox"/> 無												
※相手のいる負傷の場合は、「第三者の行為による傷病届」が必要となります。												

令和 年 月 日提出

受付日付印