

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			
支 払 内 訳	本人高額療養費	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 支給請求書(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 ( )		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 年 月 日まで	日間	年 月 日から 年 月 日まで	日間	年 月 日から 年 月 日まで	日間	
(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)	点	(16)	点	(19)	点	
薬剤一部負担額	(14)	円	(17)	円	(20)	円	
入院・通院の別	(15)	1:入院 2:その他	(18)	1:入院 2:その他	(21)	1:入院 2:その他	
(22) 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	3 年 月 診療分			
	被保険者証の記号番号						
	健康保険組合支部名						
(23) 振込希望の銀行名又は郵便局名	銀行	支店	普通 第 当座 号	口座名義 郵便局			
上記の通り申請します。 年 月 日							
被保険者の住所 氏名 印							
健康保険組合理事長 殿							

(24) 委任状

私は のうち 金	を代理人と定め、次の権限を委任する。 年 月 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 円 也の受領に関する事。 年 月 日				
	被保険者の住所 氏名 印				
	代理人の住所 氏名 印				
(25) 振込希望の銀行名又は郵便局名	銀行	支店	普通 第 当座 号	口座名義 郵便局	

(26) 領收書

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 印				
(27) 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 印				

(注) 記入に際しては裏面の「記入上の注意」をお読み下さい。