

支 給 支 払 決 議 書										
受付年月日	年 月 日							被扶養者 台帳照合印		
同年月日	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	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 号)		口座名義		郵便局			
上記の通り申請します。 年 月 日 健康保険組合理事長 殿 住所 氏名 印									

(24) 委任状	私は	を代理人と定め、次の権限を委任する。							
	のうち 金	年 月 日請求した高額療養費、一部負担還元金、合算高額療養費附加金、家族療養費附加金 円 也の受領に関すること。 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 号)		口座名義		郵便局			

(26) 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 印
----------	---

(27) 市区町村長が証明する欄	上記 (9)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。