

年 月 日 決定				平成30年8月診療分～		
決定 伺	常務理事	事務長	課長	係	受付	年 月 日
					支払	年 月 日
					資格取得	年 月 日
支払金額算出基礎					資格喪失	年 月 日
診療点数				自己負担額		支給金額
1. ( ) × 1・2・3 = ( ) 円 2. ( ) × 1・2・3 = ( ) 円 3. ( ) × 1・2・3 = ( ) 円 ( ) ( ) ( ) 円				1. ( ) × 1・2・3 = ( ) 円 2. ( ) × 1・2・3 = ( ) 円 3. ( ) × 1・2・3 = ( ) 円 ( ) ( ) ( ) 円		¥                      円
診療点数×10円						
(ア) 140,000・252,600 + ( ) 円 - 842,000) × 1% (エ) 44,400・57,600 (イ) 93,000・167,400 + ( ) 円 - 558,000) × 1% (オ) 24,600・35,400 (ウ) 44,400・80,100 + ( ) 円 - 267,000) × 1% (現役並みⅢ) 140,100・252,600 + ( ) 円 - 842,000) × 1% (一般所得者) 18,000・57,600 (現役並みⅡ) 93,000・167,400 + ( ) 円 - 558,000) × 1% (低所得者Ⅱ・Ⅰ) (現役並みⅠ) 44,400・80,100 + ( ) 円 - 267,000) × 1% 8,000・24,600・15,000						

ひと月単位で申請してください。

資格情報のお知らせ等に記載の記号・番号をご記入ください。

本人  
家族  
合算

# 高額療養費 支給申請書

○ 年 ○ 月診療分

※高額療養費は「月単位」で申請してください。

被保険者証	記号	99	番号	999	被保険者氏名	健保 太郎
受診者氏名	健保 太郎		健保 太郎		健保 花子	
受診者 生年月日	○ 年 ○ 月 ○ 日		○ 年 ○ 月 ○ 日		○ 年 ○ 月 ○ 日	
医療機関 (薬局)の名称	○○病院		○○薬局		○○病院	
医療機関 (薬局)の 所在地	和歌山県和歌山市○○○		和歌山県和歌山市○○○		和歌山県和歌山市○○○	
療養を受けた 期間	○ 年 ○ 月 ○ 日		○ 年 ○ 月 ○ 日		○ 年 ○ 月 ○ 日	
	○ 年 ○ 月 ○ 日		○ 年 ○ 月 ○ 日		○ 年 ○ 月 ○ 日	
	○ 日間		○ 日間		○ 日間	
支払額	100,000 円		50,000 円		30,000 円	
病気・ケガの 別	病気・ケガ		病気・ケガ		病気・ケガ	
第三者行為に 該当するか	該当する・該当しない		該当する・該当しない		該当する・該当しない	
労災に 該当するか	該当する・該当しない		該当する・該当しない		該当する・該当しない	

(裏面へ 申請印・委任印)

在職中の方は、事業所受  
領委任払いとなりますの  
で、署名と押印をお願い  
します。

多数該当・・・過去12ヶ月に3回以上高額療養費の支給を受け4回目の支給の場合