

支 給 支 払 決 議 書		常務理事	事務長	係
受付年月日	年 月 日			
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	一部負担還元金	円	
本人高額療養費	円	合算高額療養付加金	円	資格取得年月日 年 月 日
合算高額療養費	円	家族療養付加金	円	資格喪失年月日 年 月 日
家族高額療養費	円			

**本人高額療養費・一部負担還元金
合算家族療養付加金 支給申請書**
(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	昭・平 年 月 日
⑤ 療養を受けた者の氏名	1、	2、	3、
⑥ 療養を受けた者の生年月日	昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 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・名称 診療所等の名称 及び所在地	所在地 電話		
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
⑬ 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	診 療 月 1、 年 月診療分	2、 年 月診療分	3、 年 月診療分
⑭ 振込希望の銀行	銀行	支店 (普通) (当座)	
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 被保険者の 氏名			
⑮ 委任状	本申請書に基づく高額療養費、一部負担還元金、合算高額療養付加金、家族療養付加金に関する受領を代理人に委任します。 年 月 日		
	住所 被保険者の 氏名	⑩	
	住所 代理人の 氏名	⑩	
⑯ 振込希望の銀行	銀行	支店 (普通) (当座)	
⑰ 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		
	住所 受領者の 氏名	⑩	
⑱ 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 ⑩		