

※										支 給 支 払 決 議 書																									
受付年月日					年 月 日																														
伺年月日					年 月 日																														
決議年月日					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					合算高額療養付加金					円																			
	家族高額療養費					円					家族療養付加金					円																			
										資格取得年月日										年 月 日															
										資格喪失年月日										年 月 日															

本人 家族 合算 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 支給申請書(第 回目)(入院・通院) (年 月診療分)

① 被保険者証記号・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 療養を受けた者の氏名										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 所在地										〒										〒										〒																													
⑩ ⑨の病院等で療養を受けた 期間										年 月 日から 日 月 日まで 日間										年 月 日から 日 月 日まで 日間										年 月 日から 日 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										⑭										点										⑮										点									
薬 剤 一 部 負 担 額										⑯										円										⑰										円										⑱										円									
入 院 ・ 通 院 の 別										⑲ 1：入院 2：その他										⑳ 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										銀行 支店(普通) 口座名義(カナ)																																																											
上記のとおり申請します。										年 月 日										被保険者の 住所 〒 氏名										㉔																																							
麻生健康保険組合理事長 殿																																																																					

㉔ 委任状										私は 年 月 日 年 月 日 被保険者の 住所 〒 金 年 月 日 代理人の 住所 〒 氏名 氏名										を代理人と定め、次の権限を委任する。 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、家族療養附加金のうち 円也の受領に関すること。										㉕									
㉕ 振 込 希 望 の 銀 行										銀行 支店(普通) 口座名義																													

(注) 記入に際しては裏面の「記入上の注意」をお読み下さい。

- ・申請書には、**領収書コピー**を添付してください。(領収書原本はご自身で大切に保管してください)
- ・院外処方を受けたときは、処方箋を発行した外来分と調剤薬局分の領収書コピーを合わせてご提出ください。
- ・給付の対象は、健康保険が適用された窓口負担分のみです。
(保険適用外の自費治療、差額室料、食事にかかる費用等は給付の対象外です)

(記入上の注意)

1 申請書は、診療月ごとに作成してください。

2 ⑫欄は、他の制度により医療費の自己負担額相当額またはその一部の支給を受けられるかどうかについて該当する方に○印をつけ、受けられる場合は次に掲げる制度のうち該当するものの記号(「その他」の場合は具体的制度名)を記入してください。また、自己負担額相当額の一部について費用を徴収されたか否かについて該当する方に○印をつけてください。

ア. 「原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律」による一般疾病医療費の支給

イ. 「児童福祉法」による育成医療の給付等

ウ. 「予防接種法」による医療費の支給

エ. 「身体障害者福祉法」による更正医療に要する費用の支給

オ. 「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」による医療の給付

カ. 「結核予防法」による医療の給付等

キ. 「麻薬及び向精神薬取締法」による医療の給付

ク. 「母子保健法」による養育医療の給付等

ケ. 「医療品副作用被害者救済・研究振興調査機構法」による医療費の支給

コ. 「沖縄の復帰に伴う厚生省関係法令の適用の特別設置等に関する政令」による医療費の給付

サ. 「知的障害者福祉法」による入所措置等に係る医療の給付

シ. 「進行性筋萎縮症者療養等給付事業」による療養の給付

ス. 「特定疾患治療研究事業」による医療の給付

セ. 「小児慢性特定疾患治療研究事業」による医療の給付

ソ. 「毒ガス障害者救済対策事業」による医療の支給

タ. 「公害医療研究費の国庫補助」による治療費の支給

チ. 「先天性血液凝固因子障害等治療研究事業」による医療の給付

ツ. 「水俣病総合対策費の国庫補助」による療養費の支給

テ. その他

「テ. その他」には以下を含みます

1. 日本スポーツ振興センターに災害給付金を申請する場合
(学校の管理下で発生した病気やケガ)
2. 1以外でも学校の保険で治療費が補助される場合
3. こども医療費助成等医療の給付

3 一定の制度により自己負担額相当額の支給を受けられる場合は、この高額療養費・付加給付金は支給されません。