

※支出費目	款	保険給付費	項	法定給付費		高額療養費		常務理事	局長	次長	課長	主任	係
				多数該当	有・無	1%負担	有・無						
				所 区 得 分 等 の	83万以上	26万以下	現役並み所得						
支給 決定 並 支 出 伺	支給(出)金額	円											
	支給年月	平成	年	月	分	資格	取得	昭和・平成 年 月 日					
	備考							喪失	平成 年 月 日				
診療点数×10円		負担率		自己負担額		診療点数×10円		標準報酬月額 千円					
() × () = ()		() × () = ()		() × () = ()		() × () = ()		<input type="checkbox"/> 252,600 + () 円 - 842,000円 × 1% = () 円 <input type="checkbox"/> 167,400 + () 円 - 558,000円 × 1% = () 円 <input type="checkbox"/> 80,100 + () 円 - 267,000円 × 1% = () 円 <input type="checkbox"/> 140,100 / <input type="checkbox"/> 93,000 / <input type="checkbox"/> 57,600 / <input type="checkbox"/> 44,400 / <input type="checkbox"/> 35,400 <input type="checkbox"/> 24,600 / <input type="checkbox"/> 20,000 / <input type="checkbox"/> 15,000 / <input type="checkbox"/> 12,000 / <input type="checkbox"/> 10,000 / <input type="checkbox"/> 8,000					

※組合使用欄

健康保険 被保険者 健康太郎 被扶養者 健康花子 高額療養費支給申請書(第 1 回目)(入院・通院)
(診療月 27年 1月分) (世帯合算) ○被保険者(申請者)の方は太枠欄に記入してください。

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証の記号・番号	2 3 1 2 1 0 0 0		被保険者(申請者)の氏名と印	健康太郎 (健印)		事業所の名称	〇〇〇病院	
	生年月日	昭和	年	月	日生	被保険者(申請者)の住所・電話等	〒231 - 0000 横浜市中区尾上町〇〇-〇〇 TEL. 045-〇〇〇-〇〇〇〇		
	療養を受けた方の氏名生年月日及び被保険者との続柄	氏名	健康花子		続柄	妻	氏名	健康一郎	
	傷病名	帝王切開		じんま疹					
	療養を受けた病院等の名称・所在地	横浜〇〇病院		関内〇〇クリニック					
	上記の病院等で療養を受けた期間	平成 27 年 1 月 5 日から 平成 27 年 1 月 20 日まで (16 日間)		平成 27 年 1 月 25 日から 平成 27 年 1 月 25 日まで (1 日間)					
	他の公的制度から医療費の助成を受けられるかどうか	<input checked="" type="checkbox"/> 受けられない		<input checked="" type="checkbox"/> 受けられない		<input type="checkbox"/> 受けられる(制度名) (費用徴収の有無; <input type="checkbox"/> 有、 <input type="checkbox"/> 無)		<input type="checkbox"/> 受けられる(制度名) (費用徴収の有無; <input type="checkbox"/> 有、 <input type="checkbox"/> 無)	
病院等で支払った額(自己負担額)	305,000 円		45,000 円						

※字句を訂正する場合は誤った字句を抹消し、訂正印を押し、その上に正しい字句を記入してください。

■振込先を被保険者名義以外の口座に希望する場合は、下記の受取代理人欄の記載をしてください(被保険者・代理人の印は異なるものを押印してください)

受取人取 欄代	本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。 被保険者 〒 (申請者) 住所及び 氏名	代理人 〒 の住所 氏名・印 電話等	(印)
------------	--	-----------------------------	-----

機支 関払 の金 欄融	金融機関コード	1 2 3 4	1 2 3 4	本支店番号	5 6 7	5 6 7	預金種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通・ <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	1 2 3 4 5 6 7
	健康	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 組合		関内	<input type="checkbox"/> 本店 <input checked="" type="checkbox"/> 支店		フリガナ		ケンコウ タロウ	
							預金口座 名義人		健康 太郎	

上記の内容について相違ありません。 平成 年 月 日提出 受付日付印

神奈川県医療従事者健康保険組合 理事長 殿

※振込先金融機関については、記入後記載誤りがないか再度確認をお願いします。
※裏面の注意事項等についてもご覧ください。