

※ 支 給 支 払 決 議 書										被扶養者 台帳照合印	
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										
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 一部負担還元金 支給申請書(第 / 回目)(入院・通院)
 家族高額療養費・合算高額療養付加金 支給申請書(第 / 回目)(入院・通院)
 合算 家族療養付加金 (22年 5月診療分)

① 被保険者証の記号・番号	0,000		② 事業所の名称	社会医療法人 聖の聖母会 聖マリア病院			
③ 被保険者の氏名	健保太郎		④ 被保険者の生年月日	明・大・昭・平 50年 12月 1日			
⑤ 療養を受けた者の氏名	1. 健保花子		2.	3.			
⑥ 療養を受けた者の生年月日	50年 12月 2日		年 月 日	年 月 日			
⑦ 被保険者との続柄	妻						
⑧ 傷病名	〇〇病						
⑨ 療養を受けた病院 診療所等の名称及び 所在地	名称	〇〇病院 電話〇〇〇(〇〇)〇〇〇〇		電話 ()	電話 ()		
	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇〇〇		〒	〒		
⑩ ⑨の病院等で療養を受けた期間	22年 5月 1日から 20日間 22年 5月 19日まで		年 月 日から 日間	年 月 日から 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	(186,000) 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) <u>受けられない</u>		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	
入院・通院の別	⑯	1:入院 2:その他	⑰	1:入院 2:その他	⑱	1:入院 2:その他	
⑳ 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						
㉑ 振込希望の銀行又は郵便局名	〇〇 銀行 〇〇 支店(普通第 〇〇〇〇〇号)			口座名義 ケンポ タロウ		郵便局	
上記のとおり申請します。 22年 5月 28日 健康保険組合理事長 殿 被保険者の住所 〒〇〇〇-〇〇〇〇 又留米市〇〇町〇〇〇-〇〇 氏名 健保太郎 (印)							

㉒ 委任状	私は 年 月 日 健康保険組合理事長 殿 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、合算高額療養付加金、家族療養付加金のうち円也の受領に関する事。 被保険者の住所 〒 氏名 代理人の住所 〒 氏名	⑰
㉓ 振込希望の銀行又は郵便局名	銀行 支店(普通第 号)	口座名義 郵便局
㉔ 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	⑱
㉕ 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	⑲

(注) 記入に際しては裏面の「記入上の注意」をお読み下さい。