

新様式

(平成27年1月診療分からの申請用)

健康保険

被保険者
被扶養者
世帯合算

高額療養費支給申請書(第

回目)(入院・通院)

(年 月分)

◎ 領収明細書の写を添付してください。
※ 「※」印欄は記入しないでください。

① 被保険者証の記号・番号 記号 番号		② 生年月日 昭和 平成 年 月 日			
③ 被保険者の(申請者)氏名と印 (フリガナ)	④ 事業所の名称		所在地		
	⑤ 被保険者の(申請者)住所 (フリガナ)		⑥ 電話番号		
⑦ 診療月 年 月	⑧ 過去1年間のうちに次に掲げる事項に該当された方は、番号に○をつけてください。 1 「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証」を所持された方 2 一部負担金の割合について、「健康保険高齢受給者基準収入額適用申請書」を提出された方				
⑨ 単独・合算の別	※ 0:単独 1:合算	⑩ 多数該当の有無	※ 0:無 1:有	⑪ 所得等の種類	※ 0:83万円以上 3:26万円以下 1:53~79万円 4:低所得者 2:28~50万円
⑫ 療養を受けた方の氏名、生年月日および被保険者との続柄	氏名		氏名		氏名
	生年月日 年 月 日(続柄)		生年月日 年 月 日(続柄)		生年月日 年 月 日(続柄)
⑬ 傷病名 (フリガナ)	⑬	⑭	⑮	⑯	⑰
⑭ 療養を受けた病院等の名称および所在地	名称	所在地			
	⑮の病院等で療養を受けた期間 年 月 日から (日間) 年 月 日まで		年 月 日から (日間) 年 月 日まで		年 月 日から (日間) 年 月 日まで
⑯の期間に受けた療養に対し病院等で支払った額(自己負担額)	円		円		円
	⑱ ※	⑲	⑳ ※	㉑	㉒ ※
⑰他の制度により自己負担額相当額、またはその一部の支給を受けられるかどうか	受けられる(制度名)	⑳ 費用徴収の有無	受けられる(制度名)	㉑ 費用徴収の有無	㉒ 費用徴収の有無
	受けられない	0:無 1:有	受けられない	0:無 1:有	0:無 1:有
診療合計点数	㉓ ※	㉔	㉕ ※	㉖	㉗ ※
入院・通院の別	㉘	1:入院 2:その他	㉙	1:入院 2:その他	㉚

※ 算定基礎

(診療点数 × 10円) × $\frac{1}{10}$ = (円)	自己負担額	-	252,600円 + (円 - 842,000円) × 1%
(円) × $\frac{1}{10}$ = (円)			140,100円
(円) × $\frac{1}{10}$ = (円)			167,400円 + (円 - 558,000円) × 1%
			93,000円
			80,100円 + (円 - 267,000円) × 1%
			44,400円
			57,600円
			35,400円
			24,600円

⑳ 市区町村長が証明する欄

㉑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。
市区町村長名

年 月 日提出
受付日付印

※4月から7月診療分については前年度の課税に関する証明

今回申請の診療月以前1年間に高額療養費の支給を3月以上受けた場合、その直近の診療月、被保険者証の記号番号および支給を受けた健康保険組合名	③⑤ 診療月	1 年 月 診療分	2 年 月 診療分	3 年 月 診療分
	③⑥ 被保険者証の記号番号			
	③⑦ 健康保険組合名			

支払金融機関の欄	③⑧ 支払区分	1. 振 込			④① 預金種目	1. 普通座 2. 当座	④① 銀行 金庫 信組	本店 支店 出張所
	③⑨ 金融機関コード	※						
	④② 口座番号					(フリガナ) 口座名義		

受取代理人の欄	④③ 本申請に基づく給付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(申請者) 氏名 ④④							
	④④ 代理人の氏名と印	(フリガナ)				④⑤ 委任者と代理人との関係		
	④⑥ 代理人の住所	④⑦ 郵便番号	〒	—	(フリガナ)	電話 ()		

負傷原因記入欄 初回申請時のみ記入してください。交通事故、相手のいる負傷の場合は、「第三者の行為による傷病届」が必要となります。

④⑧ 負傷の原因について記入してください(該当する□にチェック <input checked="" type="checkbox"/> を記入してください)		
被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	【負傷日時・場所等】 1 いつケガ(負傷)をしましたか 年 月 日 (曜日) <input type="checkbox"/> 午前・ <input type="checkbox"/> 午後 時 分頃 2 ケガ(負傷)をした日は次のうちどの日でしたか <input type="checkbox"/> 出勤日 <input type="checkbox"/> 休日(定休日・休暇含む) <input type="checkbox"/> その他 () 3 ケガ(負傷)をした時は次のうちの時間帯でしたか <input type="checkbox"/> 勤務時間中 <input type="checkbox"/> 通勤途中(<input type="checkbox"/> 出勤・ <input type="checkbox"/> 退勤) <input type="checkbox"/> 出張中 <input type="checkbox"/> 私用 <input type="checkbox"/> その他 () 4 ケガ(負傷)をした場所はどこでしたか <input type="checkbox"/> 会社内 <input type="checkbox"/> 道路上 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 () 5 ケガをした原因で次にあてはまる場合がありますか <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 暴力(ケンカ) <input type="checkbox"/> スポーツ中(<input type="checkbox"/> 職場の行事 <input type="checkbox"/> 職場の行事以外) <input type="checkbox"/> 動物による負傷(飼主 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) あてはまる原因がある場合、被害者ですか、加害者ですか 相手 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 → <input type="checkbox"/> あなたは被害者 <input type="checkbox"/> あなたは加害者	【受診した医療機関】 6 診療を受けた病院名とその期間等 病院名 _____ 年 月 ~ 年 月 <input type="checkbox"/> 治ゆ <input type="checkbox"/> 治療中 病院名 _____ 年 月 ~ 年 月 <input type="checkbox"/> 治ゆ <input type="checkbox"/> 治療中 7 負傷をしたときの状況(原因)を具体的に記入してください <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div> 8 申請者が代表取締役等役員の方の場合 労災保険に特別加入していますか <input type="checkbox"/> 加入有 <input type="checkbox"/> 加入無

社会保険労務士 提出代行者の印	④⑨
--------------------	----