

支 給 支 払 決 議 書								
受付年月日	年	月	日	常務理事	事務長		担当者	
伺年月日	年	月	日					
決裁年月日	年	月	日					
支払年月日	年	月	日					
支払額	¥		円					
高額療養費			円					
標準報酬月額	千円	(第	級)	資格取得		年	月	日
(前3回支給月)	月	月	月	資格喪失		年	月	日

本人
家族
合算

高額療養費支給申請書 (入院・通院)

(第 回目)

(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	年	月	日	昭・平	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		年 月 日から		年 月 日から										
	年 月 日まで		年 月 日まで		年 月 日まで										
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 額又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)		受けられる (制度名)		受けられる (制度名)										
	(費用徴収の 有・無)		(費用徴収の 有・無)		(費用徴収の 有・無)										
	受けられない		受けられない		受けられない										
⑬ 診療合計点数	点		点		点										
⑭ 入院・通院	1:入院 2:その他		1:入院 2:その他		1:入院 2:その他										
⑮ 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	診療月	2.	年	月	診療分	診療月	3.	年	月	診療分
	被保険者証の 記号・番号					被保険者証の 記号・番号					被保険者証の 記号・番号				
	健康保険組合 支部名					健康保険組合 支部名					健康保険組合 支部名				
⑯ 振込希望の銀行 (被保険者の口座)	銀行		店	普 通	第	号	口座名義								
				当 座			フリガナ								

上記のとおり申請します。

年 月 日

〒

住所

被保険者の氏名

印

渡辺パイプ健康保険組合理事長 殿

TEL

委任状	私は 年 月 日 請求した高額療養費のうち 金 円也の受領に関する事。						
	年 月 日		〒	住所			
			被保険者の	氏名			印
			〒	住所			
			代理人の	氏名			印
振込希望の銀行	銀行		支店	普 通	第	号	口座名義
				当 座			

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		渡辺パイプ健康保険組合理事長 殿				
			〒	住所			
			受領者の	氏名			印

市町村長が証明する欄	上記③の者には 年度の市(区)町村民税が課せられないことを証明する。
	年 月 日
	市区町村名
	印

支給支払決議書			
受付年月日	年 月 日	常務理事	事務長
伺年月日	年 月 日		
決裁年月日	年 月 日		
支払年月日	年 月 日		
支払額	¥ 円		
高額療養費	円		
標準報酬月額	千円 (第 級)	資格取得	年 月 日
(前3回支給月)	月 月 月	資格喪失	年 月 日

記入例

本人
家族
合算

高額療養費支給申請書 (入院 通院)

(第 1 回目)

(平成 25 年 11 月 診療分)

① 被保険者証の記号・番号	1000 - 00000	② 事業所の名称	渡辺パイプ株式会社			
③ 被保険者の氏名	健保 太郎	④ 被保険者の生年月日	昭・平 45年 6月 6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	昭・平 50年 10月 10日	昭・平 年 月 日	昭・平 年 月 日			
⑦ 被保険者との続柄	妻					
⑧ 傷病名	胃潰瘍					
⑨ 療養を受けた病院 診療所等の名称及び 所在地	名称	△△総合病院				
	所在地	〒130-0000 東京都〇〇区〇〇1-15-3				
⑩ ⑨の病院等で療養を受けた期間	20 年 11 月 1 日から	年 月 日から	年 月 日から			
	15 日間	日間	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	159,000 円	円	円			
	()	()	()			
⑫ 他の制度により自己負担相当 額又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 診療合計点数	53,000 (未記入可) 点	点	点			
⑭ 入院・通院	①: 入院 2: その他	1: 入院 2: その他	1: 入院 2: その他			
⑮ 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	診療月	2. 年 月 診療分	診療月	3. 年 月 診療分
	被保険者証の 記号・番号		被保険者証の 記号・番号		被保険者証の 記号・番号	
	健康保険組合 支 部 名		健康保険組合 支 部 名		健康保険組合 支 部 名	
⑯ 振込希望の銀行 (被保険者の口座)	三井住友 銀行 本 店	普通	第 1111111 号	口座名義	健保太郎	
		当 座		フリガナ	ケンボタロウ	

上記のとおり申請します。

平成 26 年 3 月 15 日

〒130 - ××××

住所 東京都〇〇区〇〇〇-0-0

被保険者の 氏名 健保 太郎

TEL 03-0000-0000

渡辺パイプ健康保険組合理事長 殿

委任状	私は	を代理人と定め、次の権限を委任する。
	金	年 月 日請求した高額療養費のうち 円也の受領に関すること。
状	年 月 日	〒 - 被保険者の 住所 氏名 (印)
		〒 - 代理人の 住所 氏名 (印)
振込希望の銀行	銀行 支店	普通 第 号 口座名義 当 座

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 渡辺パイプ健康保険組合理事長 殿	〒 - 受領者の 住所 氏名 (印)
-----	--------------------------------------------------------	--------------------------

市町村長が証明する欄	上記③の者には 年度の市(区)町村民税が課せられないことを証明する。 年 月 日 市区町村名 (印)
------------	----------------------------------------------------------

(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. (1)⑤欄～⑪欄は、70歳未満の被保険者・被扶養者に関して同一月に医療機関別、入院・通院に自己負担額が80,100円（標準報酬月額が53万円以上の場合は150,000円）を超える場合または同一月に医療機関別、入院・通院別の自己負担額（⑫欄の費用徴収が「有」の場合は、自己負担相当額）が21,000円を超える自己負担が複数以上ある場合について記入してください。70歳以上の被保険者・被扶養者に関しては、同一月に医療機関別、入院別に全ての自己負担を記入してください。
(2)③欄被保険者が療養のあった月の属する年度（4月から7月診療分については前年度）分の市区町村民税が課税されない場合または、療養のあった月の属する年度において生活保護法の要保護者である場合は、(1)の「80,100円」とあるのは、「35,400円」となります。
3. 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. 「障害者自立支援法」による育成医療・更生医療・精神通院医療の給付 ウ. 「予防接種法」による医療費の支給 エ. 「精神保健福祉法」による強制的行政措置入院に係る医療の給付 オ. 「結核予防法」による医療の給付等 カ. 「麻薬及び向精神薬取締法」による給付 キ. 「母子保健法」による養育医療の給付等 ク. 「医薬品副作用被害救済・研究振興調査機構法」による医療費の支給 ケ. 「沖縄の復帰に伴う厚生労働省関係法令の適用の特別措置等に関する政令」による医療費の支給 コ. 「知的障害者福祉法」による入所措置等に係る医療の給付 サ. 「進行性筋萎縮症者療養等給付事業」による療養の給付 シ. 「特定疾患治療研究事業」による医療の給付 ス. 「小児慢性特定疾患治療研究事業」による医療の給付 セ. 「毒ガス障害者救済対策事業」による医療費の支給 ソ. 「公害医療研究費の国庫補助」による治療費の支給 タ. 「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 チ. 「水俣病総合対策費の国庫補助」による療養費の支給 ツ. その他
4. ⑩⑪欄は、病院等で支払った額のうち、保険診療分に係るもの及び薬剤自己負担額についてのみ記入し、特別室料、歯科で認められている差額徴収額等については除いてください。ただし、その額が明確でないときは病院等で支払った金額を記入し、その旨を（ ）内に記入してください。なお、⑫欄において費用徴収が「有」の場合は、当該徴収された費用の額を記入してください。
5. ⑮欄は、今回申請の診療月以前の12カ月以内に、高額療養費の支給を3回以上受けたことがある場合は、直近の三回分についてそれぞれ記入してください。
6. ⑯欄は、被保険者（本人）が直接受領するときに、被保険者の希望する振込機関名を記入してください。
7. 【委任状】欄の【振込希望の銀行】は、委任により代理受領するときに代理人の希望する振込機関名を記入してください。
8. 【領収書欄】は、被保険者（本人）が、直接健康保険組合の窓口で受領するときに記入してください。
9. ※欄は記入しないでください。

(その他の注意)

1. 市区町村民税非課税または生活保護の場合、この申請書には、いずれかの証明書を添付してください。ただし、この申請書の【市町村長欄】に証明された場合は、(1)の証明書の添付は必要ありません。
(1)療養のあった月の属する年度（4月から7月診療分については、前年度）分の市区町村民税が課税されない者にあつては、市区町村長の税に関する証明書
(2)療養のあった月の属する年度において生活保護法の要保護者である者にあつては、事業主、民生委員または福祉事務所長が原本証明した保護開始決定通知書、保護変更決定通知書の写
2. 同一年度（上記1の(1)に該当する者にあつては、8月から翌年7月までの間）内において、既に上記1の証明書等を提出している場合は、同一年度内の療養費に係る支給申請に際して、上記1の証明書を添付する必要はありません。
3. 療養費払に係る高額療養費の支給申請は、その療養費の支給申請と併せて行なってください。
4. ⑫欄の費用徴収が「有」の場合は、当該徴収された費用の額を証する徴収書等を添付してください。
5. ⑫欄の費用徴収の額と当該療養のあった月と同一月の医療機関別、入院・通院別の自己負担額が21,000円以上（70歳以上の方については、当該費用徴収以外の全ての自己負担額）のものとの合算額が80,100円（上記1に該当する場合は35,400円・標準報酬月額が53万円以上の場合は150,000円、また、70歳以上の方については44,400円。上記1に該当することで、低所得Ⅱと認定された場合は24,600円。一定以上所得者の場合は80,100円。ただし、上記に該当する70歳以上の方で、一定の基準を満たすことで低所得Ⅰと認定された場合は15,000円）を超えていなければ高額療養費は支給されません。
6. 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、この高額療養費は支給されません。

※市区町村民税の基準所得（各所得毎に必要経費、控除を差し引いたときの所得）がないこと。