

健康保険 被保険者等 被扶養者 世帯合算 高額療養費支給申請書

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） の 記 入 す る と こ ろ	被保険者等 記号-番号	-			被 保 険 者 (申 請 者) 氏 名	(フリガナ)
	被 保 険 者 (申 請 者) 住 所	〒 - - 電話 - - -				
	事 業 所	名 称				
		所 在 地				
	受 療 者	氏 名 (続 柄)	()	()	()	
		生 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日	
	傷 病 名					
	療 養 を 受 け た 医 療 機 関 ・ 薬 局	名 称				
		所 在 地				
	療 養 を 受 け た 期 間	令和 年 月 日から 日まで	令和 年 月 日から 日まで	令和 年 月 日から 日まで		
自 己 負 担 額	円	円	円			
入 院 ・ 通 院 の 別	1. 入院 2. 通院	1. 入院 2. 通院	1. 入院 2. 通院			
他 の 公 的 制 度 か ら、 医 療 費 の 助 成 を 受 け ら れ る か ど う か	1. 受けられる 制度名 : 2. 受けられない	1. 受けられる 制度名 : 2. 受けられない	1. 受けられる 制度名 : 2. 受けられない			
被 保 険 者 名 義 (申 請 者) 受 取 金 融 機 関	銀 行 信用金庫 信用組合 農 協	本 店 支 店	種 別 普通 ・ 当 座	口 座 番 号 7ケタで記入 口 座 名 義 (カタカナ)		

健 保 組 合 記 入 欄	自己負担限度額	$(《総医療費》 - 《a》) \times 1\% + 《b》$		
	支給金額	$《診療合計点数》 \times 《負担割合》 - 《自己負担限度額》$		
	過去1年以内の 高額療養費 支給状況	令和 年 月 診療分	現物高額	支給金額

受 取 代 理 人 の 欄	被 保 険 者 (申 請 者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。		
	氏名	令和 年 月 日		
	住所	〒 - - 電話 - - - 住所「被保険者（申請者）情報」の住所と同じ		
代 理 人 (口座名義人)	氏名	(フリガナ)		

《注意事項》

- 同一の医療機関に対して1ヶ月に窓口で支払った一部負担金・自己負担額が自己負担限度額を超えたときに高額療養費として支給されます。
- 申請書は、診療月ごとに作成して下さい。月をまたいだり、複数月を記入しての申請はできません。

自己負担限度額

区分	自己負担限度額
標準報酬月額 83万円以上	252,600円+ (総医療費-842,000円)×1% ※多数該当は140,100円
標準報酬月額 53万～79万円	167,400円+ (総医療費-558,000円)×1% ※多数該当は93,000円

標準報酬月額 28万～50万円	80,100円+ (総医療費-267,000円)×1% ※多数該当は44,400円
標準報酬月額 26万円以下	57,600円 ※多数該当は44,400円
低所得者 (市区町村民税 が非課税)	35,400円 ※多数該当は24,600円

(千葉県トラック健康保険組合)

被保険者本人が市区町村民税非課税の場合は、この欄に市区町村より証明を受けるか、被保険者分の「(非)課税証明書」の交付を受け原本を添付して下さい。(1月から5月診療分については、前年度の課税に関する証明を、6月から12月診療分については当年度の課税に関する証明を受けて下さい。)

市区町村長が証明する欄	当該被保険者は令和 年度の市区町村民税が課されないこと証明する。 市区町村長名
-------------	--

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

令和 年 月 日提出

支 払 日 付 印	受 付 日 付 印
-----------	-----------