

※										支 給 支 払 決 議 書													
受 付 年 月 日				年 月 日																被 扶 養 者			
伺 年 月 日				年 月 日																台帳照合印			
決 済 年 月 日				年 月 日																			
支 払 年 月 日				年 月 日																			
支 払 額								円															
支 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 附 加 金		円															
		家 族 高 額 療 養 費		円		家 族 療 養 附 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
家族 高額療養費 ・ 合算高額療養附加金 支給申請書(第 回目)(入院・通院)
合算 家族療養附加金 (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		大・昭・平・令 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		年 月 日		年 月 日		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		電 話		電 話	
		所在地		〒		〒	
10 9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	
11 11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) 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	
診 療 合 計 点 数		13 点		16 点		19 点	
薬 剤 一 部 負 担 金		14 円		17 円		20 円	
入 院 ・ 通 院 の 別		15 1：入院：2：その他		18 1：入院：2：その他		21 1：入院：2：その他	
22 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	
		被保険者証の記号番号					
		健康保険組合支部名					
23 振 込 希 望 の 銀 行		銀行 支店 (普通 第 号)				口座名義	
		上記の通り申請します。 年 月 日				〒 住所 被保険者の 氏名 印	
東亜道路健康保険組合理事長 殿							
24 委任状		私は 年 月 日請求した高額医療費、一部負担還元金、合算高額療養附加金、家族療養附加金のうち 金 円也の受領に関すること。 年 月 日 被保険者の 住所 〒 氏名 印 代理人の 住所 〒 氏名 印					
25 振 込 希 望 の 銀 行		銀行 支店 (普通 第 号)				口座名義	
26 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 東亜道路健康保険組合理事長 殿 受領者の 住所 〒 氏名 印					
27 市区町村が証明する欄		上記3のものには 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 印					