

合計支給額		円	健保捺印欄			
高額療養費		円	常務理事	事務長	室長	担当
付加金		円				
算出基礎	高額療養費	$\left(\begin{array}{l} \text{診療点数} \times 10 \text{円} \\ \left(() \times \frac{2}{10} \times 3 + () \right) = () \text{円} \\ \left(() \times \frac{2}{10} \times 3 + () \right) = () \text{円} \\ \left(() \times \frac{2}{10} \times 3 + () \right) = () \text{円} \end{array} \right) - \left(\begin{array}{l} \text{自己負担限度額} \\ 252,600 + (-842,000) \times 1\% \\ 167,400 + (-558,000) \times 1\% \\ 80,100 + (-267,000) \times 1\% \\ 57,600 \quad 35,400 \quad 140,100 \\ 93,000 \quad 44,400 \quad 24,600 \end{array} \right) = \text{円}$				
	付加金	自己負担額 30,000円 $() \text{円} - 40,000 \text{円} = () \rightarrow \text{円}$ 百円未満切捨て				
単独・合算の別	単独・合算	多数該当の有無	有・無	所得区分	ア・イ・ウ・エ・オ	

**高額療養費・一部負担還元金
家族療養費付加金 支給申請書**

次の通り請求します。

年 月 受診分

本人が記入するところ	保険証の記号番号	— ※					
	被保険者の氏名				生年月日	年 月 日	
	被保険者の住所						
	受診者の氏名・生年月日・続柄	続柄 ()		続柄 ()		続柄 ()	
		年 月 日		年 月 日		年 月 日	
	傷病名						
	受診した病院・診療所等の名称及び所在地	名称 所在地		名称 所在地		名称 所在地	
	受診した期間及び入院・入院外の別	年 月 日～ 年 月 日 日間		年 月 日～ 年 月 日 日間		年 月 日～ 年 月 日 日間	
	入院・入院外		入院・入院外		入院・入院外		
申請理由	1. お住まいの市区町村以外で受診し医療費助成を受けていない 2. 市区町村の医療費助成が付加金以外のみ支給の為 3. その他 []						

※(被保険者証の番号については個人番号の記載可)

委任状	私は給付金の受領を右記の者に委任します。		
	年 月 日		
	被保険者名	印	受任者(事業所が記入) 事業所の所在地 名称 事業主の氏名 印

・退職等により本人口座への直接振込を希望される場合、委任状は記入せずに勤務先の健保担当部署に申し出た上で給付金振込口座登録用紙(別紙)を添付してください。