

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	診療点数×10円 薬剤一部負担 自己負担額 自己負担限度額 $\left(() \times \frac{2.3}{10} + () = () \text{円} \right) - \left(\begin{array}{l} 252,600 + (-842,000) \times 1\% \\ 167,400 + (-558,000) \times 1\% \\ 80,100 + (-267,000) \times 1\% \\ 57,600 \quad 35,400 \quad 140,100 \\ 93,000 \quad 44,400 \quad 24,600 \end{array} \right) = \underline{\hspace{2cm}} \text{円}$			
	付加金	自己負担額 30,000円 百円未満切捨て $() - 40,000 \text{円} = () \rightarrow \underline{\hspace{2cm}} \text{円}$			
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 支給申請書
家族療養費付加金

次の通り請求します。

27年 1月受診分

本人が記入するところ	保険証の記号番号	591 — ※1		
	被保険者の氏名	健保太郎	生年月日	S40年 6月 10日
	被保険者の住所	名古屋市東区泉1丁目23-22		
	受診者の氏名・ 生年月日・続柄	健保愛 (長女) (続柄)	() (続柄)	() (続柄)
	傷病名	気管支喘息		
	受診した病院・ 診療所等の名称 及び所在地	名称 ○○病院 所在地 名古屋市中区栄1-1-1	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	平成27年1月11日～ 27年1月18日 2日間 入院・入院外	平成 年 月 日～ 年 月 日 日間 入院・入院外	平成 年 月 日 年 月 日 入院・入院
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 [

医療機関が違う場合、入院・外来両方ある場合、受診者が違う場合等は分けて記入してください。

※被保険者証の番号については個人番号の記載可

該当の理由を丸で囲んでください。

代表者印(事業主届出印)をお願いします。

委任状	私は給付金の受領を右記の者に委任します。	受任者(事業所が記入)
	平成 27年 3月 10日 被保険者氏名 健保太郎 (印)	事業所の所在地 名古屋市東区泉1丁目23-22 名称 トヨタ○○株式会社 事業主の氏名 ○○○○○ (印)

退職等により本人口座への直接振入を希望される場合は、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。