

届書コード  
302

健康保険被保険者世帯番号 高額療養費支給申請書(第 / 回目) (入院・通院)

被保険者証の記号・番号		① 生 年 月 日		⑩ 被扶養者番号		⑪ 被扶養者氏名		⑫ 被扶養者生年		⑬ 被扶養者性別		⑭ 被扶養者年齢		⑮ 被扶養者職業		⑯ 被扶養者収入		⑰ 被扶養者世帯収入		⑱ 被扶養者世帯人数		⑲ 被扶養者世帯収入		⑳ 被扶養者世帯人数					
Y111000056		1988/08/15																											
④ 被扶養者の氏名と氏		(フリガナ) 大坂信彦		⑦ 名称		東京商事株式会社		⑧ 所在地		足立区堀之内2-15																			
⑥ 被保険者の(申請者)住所		④ 郵便番号		⑤ (フリガナ) 住所		〒112-0002		〒112-0002		〒112-0002		〒112-0002		〒112-0002		〒112-0002		〒112-0002		〒112-0002		〒112-0002		〒112-0002		〒112-0002			
⑬ 診療月		0009		⑭ ⑮ 歳以上の方で過去1年間のうちに次に掲げる事項に該当された方は、番号に○を付けてください。		1 「健康保険限度額超過額・標準負担額減額認定証」を所持された方		2 一部負担金の割合について、「健康保険給付受給者基本件収入額通知申請書」を提出された方																					
⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿																													
⑳ 療養を受けた方の氏名生年月日および被保険者との続柄		㉑ 扶養 氏名		㉒ 扶養 氏名		㉓ 扶養 氏名		㉔ 扶養 氏名		㉕ 扶養 氏名		㉖ 扶養 氏名		㉗ 扶養 氏名		㉘ 扶養 氏名		㉙ 扶養 氏名		㉚ 扶養 氏名		㉛ 扶養 氏名		㉜ 扶養 氏名		㉝ 扶養 氏名			
大坂信子		大坂信子		大坂信子		大坂信子		大坂信子		大坂信子		大坂信子		大坂信子		大坂信子		大坂信子		大坂信子		大坂信子		大坂信子		大坂信子			
㉞ 病名		㉟ 入院施設名		㊱ 入院施設名		㊲ 入院施設名		㊳ 入院施設名		㊴ 入院施設名		㊵ 入院施設名		㊶ 入院施設名		㊷ 入院施設名		㊸ 入院施設名		㊹ 入院施設名		㊺ 入院施設名		㊻ 入院施設名		㊼ 入院施設名			
脳内出血		山本病院		山本病院		山本病院		山本病院		山本病院		山本病院		山本病院		山本病院		山本病院		山本病院		山本病院		山本病院		山本病院			
㊽ 療養を受けた期間		㊾ 療養を受けた期間		㊿ 療養を受けた期間		㊿ 療養を受けた期間		㊿ 療養を受けた期間		㊿ 療養を受けた期間		㊿ 療養を受けた期間		㊿ 療養を受けた期間		㊿ 療養を受けた期間		㊿ 療養を受けた期間		㊿ 療養を受けた期間		㊿ 療養を受けた期間		㊿ 療養を受けた期間		㊿ 療養を受けた期間			
00年9月1日から 00年9月20日まで		00年9月1日から 00年9月20日まで		00年9月1日から 00年9月20日まで		00年9月1日から 00年9月20日まで		00年9月1日から 00年9月20日まで		00年9月1日から 00年9月20日まで		00年9月1日から 00年9月20日まで		00年9月1日から 00年9月20日まで		00年9月1日から 00年9月20日まで		00年9月1日から 00年9月20日まで		00年9月1日から 00年9月20日まで		00年9月1日から 00年9月20日まで		00年9月1日から 00年9月20日まで		00年9月1日から 00年9月20日まで			
㊿ 療養を受けた期間に受けた療養に対し病院等で支払った額(自己負担額)		㊿ 療養を受けた期間に受けた療養に対し病院等で支払った額(自己負担額)		㊿ 療養を受けた期間に受けた療養に対し病院等で支払った額(自己負担額)		㊿ 療養を受けた期間に受けた療養に対し病院等で支払った額(自己負担額)		㊿ 療養を受けた期間に受けた療養に対し病院等で支払った額(自己負担額)		㊿ 療養を受けた期間に受けた療養に対し病院等で支払った額(自己負担額)		㊿ 療養を受けた期間に受けた療養に対し病院等で支払った額(自己負担額)		㊿ 療養を受けた期間に受けた療養に対し病院等で支払った額(自己負担額)		㊿ 療養を受けた期間に受けた療養に対し病院等で支払った額(自己負担額)		㊿ 療養を受けた期間に受けた療養に対し病院等で支払った額(自己負担額)		㊿ 療養を受けた期間に受けた療養に対し病院等で支払った額(自己負担額)		㊿ 療養を受けた期間に受けた療養に対し病院等で支払った額(自己負担額)		㊿ 療養を受けた期間に受けた療養に対し病院等で支払った額(自己負担額)		㊿ 療養を受けた期間に受けた療養に対し病院等で支払った額(自己負担額)			
(189,000)		(189,000)		(189,000)		(189,000)		(189,000)		(189,000)		(189,000)		(189,000)		(189,000)		(189,000)		(189,000)		(189,000)		(189,000)		(189,000)			
㊿ ⑳ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿																													
入院・通院の別		① 入院		② 通院		③ 入院		④ 通院		⑤ 入院		⑥ 通院		⑦ 入院		⑧ 通院		⑨ 入院		⑩ 通院		⑪ 入院		⑫ 通院		⑬ 入院			
入院		入院		入院		入院		入院		入院		入院		入院		入院		入院		入院		入院		入院		入院			

記入については、裏面「記入上の注意」をご覧ください。  
「捺印」印欄は記入しないでください。  
添付書類等については裏面に掲載してあります。必ずご覧ください。

① 療養費の自己負担額		② 自己負担額		③ 療養費の自己負担額		④ 自己負担額		⑤ 療養費の自己負担額		⑥ 自己負担額		⑦ 療養費の自己負担額		⑧ 自己負担額		⑨ 療養費の自己負担額		⑩ 自己負担額		⑪ 療養費の自己負担額		⑫ 自己負担額		⑬ 療養費の自己負担額		⑭ 自己負担額	
189,000		189,000		189,000		189,000		189,000		189,000		189,000		189,000		189,000		189,000		189,000		189,000		189,000		189,000	

⑭ 市区町村長が証明する欄

⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿

平成 年 月 日 提出

受付日 印

※4月から7月診療分については前年度の課税に関する証明